

# Finansiering av helsetjenesten på Svalbard.

*En vurdering av ulike finansieringsmodeller i relasjon til organisering av helsetjenesten på Svalbard*

Kari Schrøder Hansen



Master i helseadministrasjon  
Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2012

# **Finansiering av helsetjenesten på Svalbard.**

En vurdering av ulike finansieringsmodeller i relasjon til  
organisering av helsetjenesten på Svalbard

Kari Schrøder Hansen

© Kari Schrøder Hansen

2012

Finansiering av helsetjenesten på Svalbard

Kari Schrøder Hansen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Svalbard er et øysamfunn som ligger mellom 74 og 80 grader Nord. Det er flere små bosetninger på øygruppen hvorav den største er Longyearbyen med ca. 2100 innbyggere. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) ved Longyearbyen sjukehus, har ansvaret for helsetjenesten på øygruppen og i farvannene omkring. Det er primært et beredskapssykehus, men gir også tjenester innen primærhelsetjeneste, helsetjenester i forbindelse med redningstjeneste, fysioterapi, tannhelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Sykehuset er ikke et fullverdig sjukehus. Det har 7 sengeplasser, mulighet for enkel røntgendiagnostikk og laboratorieanalyser. Det kan i perioder gjøres operasjoner, men det er ikke kontinuerlig kirurgisk beredskap ved sykehuset. Største delen av aktivitetene er primærhelsetjeneste.

Frem til helsereformen i 2001, ble tjenesten eid og finansiert av Staten. Sykehuset fikk en rammebevilgning samt egenandeler fra pasientene. I 2002, da sykehuset ble en del av UNN, gikk man over til en delt løsning med rammefinansiering samt innsatsstyrt finansiering. I 2011 var 27 % av inntektene aktivitetsrelatert.

Dagens finansieringssystem er laget for andre organisatoriske strukturer og passer ikke til en virksomhet som Longyearbyen sjukehus, hvor samme lege yter både primær- og spesialisthelsetjeneste. Dagens praksis medfører at pasientene må betale ulike egenandeler for samme tjeneste. Modellen medfører også store administrasjonskostnader uten at man har noen gevinst ved å bruke en byråkratisk modell.

På grunn av samfunnets isolerte beliggenhet vil bruk av økonomiske insentiver ikke ha samme effekt på Svalbard som på fastlandet. Sykehuset har et totalansvar for helsetjenesten og pasientene kan i liten grad bruke andre helsetjenester. En tilpasset rammebasert finansiering vil kunne være en mer forutsigbar og hensiktsmessig modell. For å unngå uheldige effekter av en evt. omlegging, må arbeidet forankres på overordnet nivå.

En vurdering av finansieringssystemene bør være en del av en strategisk plan for helsetjenesten på Svalbard og det bør igangsettes arbeid med å utarbeide en slik plan.

# Forord

“Vi vet hvor vi bor” sier man i Longyearbyen og henspeiler på at vi bor i et område med økt risiko. Værforhold som kan ta livet av selv den mest erfarne villmarksmann, ukesvis i totalt mørke og langt fra hjelp er en del av livet på Svalbard. Men, når uttrykket blir brukt som et argument for ikke å drive kvalitetsutvikling, blir det feil. Selv om vi bor langt nord, må vi søke å følge samme kvalitetssikring som i fastlandsnorge.

Fra å være et samfunn kun med kulldrift og en infrastruktur drevet av kullkompaniet, er Longyearbyen nå et mer moderne samfunn. Mange virksomheter på Svalbard, både private og offentlige, har måttet gjennomgå sin egen forvaltning de siste årene. Avtale som ble inngått for mange år siden er kanskje ikke lenger så hensiktsmessige.

Denne oppgaven er skrevet som en masteroppgave i studiet «Erfaringsbasert masterstudie i helseadministrasjon» ved Universitetet i Oslo. Oppgaven tar for seg evaluering av ulike finansieringsmodeller for helsetjenesten på Svalbard. Dette er kun en del av det arbeidet som bør gjøres for at sykehuset skal kunne følge med tidens krav, både faglig og administrativt.

Arbeidet har medført dypdykk i arkiver og samtaler med mange personer for å få korrekt bakgrunnskunnskap.

En spesiell takk til noen av personene som har vært viktige for å forstå ulike tidsepoker av virksomheten ved Longyearbyen sykehus:

Lege/forfatter/guide Jon Sandmo som har bidratt med historisk kunnskap frem til nyere tid da han jobbet som lege ved sykehuset på 1990-tallet.

Tidligere avdelingsoverlege Tore Dahlberg for nyttig informasjon om innføring av dagens modell i forbindelse med helsereformen i 2001 og begrunnelsen for de valg som ble tatt.

Kontorsjef Ottar Svensen ved Longyearbyen sykehus som har blitt konsultert av undertegnede mange ganger vedrørende dagens system.

Stor takk også til kollega Sergej Zavatskij ved sykehuset i Berentsburg samt alle som har bidratt fra Longyearbyen sykehus, UNN Tromsø, Helse Nord HF og HELFO.

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	9
1.1. Metode.....	10
1.1.1. Definisjoner.....	10
1.1.2. Område omfattet av tjenesten.....	11
2. Bakgrunn.....	13
2.1. Svalbard, - et annerledes samfunn.....	13
2.1.1. Næringsdrift.....	13
2.1.2. Befolkningen.....	16
2.2. Helsetjenesten på Svalbard i et historisk perspektiv.....	19
3. Organisering.....	25
3.1. Lover som regulerer helsetjenesten på Svalbard.....	25
3.1.1. Bergverksordningen.....	26
3.1.2. Forskrift om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard.....	26
3.1.3. Barnevern.....	29
3.2. Longyearbyen sykehus – et annerledes sykehus.....	29
3.3. Helsetjenester som tilbys.....	32
3.3.1. Allmennmedisin med legevakt.....	32
3.3.2. Spesialisthelsetjeneste.....	32
3.3.3. Akuttmedisin.....	33
3.3.4. Smittevern.....	33
3.3.5. Helsestasjonsvirksomhet.....	34
3.3.6. Tannhelsetjeneste.....	34
3.3.7. Redningstjeneste.....	35
3.3.8. Beredskapsarbeid.....	35
3.3.9. Fysioterapi.....	35
3.3.10. Bedriftshelsetjeneste (BHT).....	36
3.4. Helsetjenester som ikke tilbys.....	36
3.5. Forskjeller mellom Longyearbyen sykehus og lokalsykehus.....	37
3.6. Begrunnelse for dagens organisering av Longyearbyen sykehus.....	38
3.6.1. Beredskap versus overkapasitet.....	38
3.6.2. Faglige utfordringer.....	39
3.6.3. Dagens modell – et kompromiss.....	39

3.7.	Helsetjenester utenom Longyearbyen sykehus.....	42
3.7.1.	Redningshelikopter.....	42
3.7.2.	Ambulanse.....	43
3.7.3.	Sykehuset i Barentsburg.....	43
3.7.4.	Helsetjenester i andre bosetninger.....	43
3.7.5.	Private aktører .....	44
3.8.	Samarbeidende instanser .....	44
3.8.1.	Sysselmannen .....	44
3.8.2.	Røde kors hjelpekorps .....	45
3.8.3.	Kirken på Svalbard.....	45
3.8.4.	Longyearbyen lokalstyre .....	45
3.8.5.	Apotek .....	45
3.8.6.	UNN, Tromsø.....	45
3.8.7.	NAV .....	46
4.	Finansiering av Longyearbyen sykehus .....	47
4.1.	Avtaler med Helseøkonomiforvatningen (HELFO).....	47
4.1.1.	Primærhelsetjeneste og private spesialister.....	47
4.1.2.	Offentlige institusjoner.....	49
4.1.3.	Avtaler mellom HELFO og Longyearbyen sykehus.....	50
4.2.	Overføringer fra Helse Nord RHF til UNN.....	52
4.2.1.	Rammefinansiering .....	52
4.2.2.	Innsatsstyrt finansiering (ISF).....	53
4.2.3.	Allmennmedisinske tjenester, inklusive legevakt. ....	53
4.2.4.	Egenandeler.....	55
4.2.5.	Spesialisttjeneste .....	56
4.2.6.	Fysioterapitjenesten.....	56
4.2.7.	Tannhelsetjenesten. ....	56
4.2.8.	Gjestepasienter .....	57
4.2.9.	Bedriftshelsetjenesten.....	58
4.2.10.	Tjenester dekket av UNN .....	58
4.2.11.	Kostnader utenom rammebevilgningene til UNN .....	58
5.	Vurdering dagens modell ved Longyearbyen sykehus .....	61
5.1.	Er modellen egnet for å kunne styre helsetjenesten i en ønsket retning.....	62

5.1.1.	Insentiv-effekter generelt .....	62
5.1.2.	Insentiv-effekter av ISF på Svalbard.....	62
5.2.	Forutsigbarhet for pasientbetaling. ....	64
5.3.	Administrasjonskostnader. ....	64
5.4.	Samsvar med intensjoner i lover og forskrifter. ....	65
5.5.	Modellens økonomisk risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset. ....	65
5.6.	Andre forhold .....	66
5.7.	Er det behov for å endre dagens modell .....	67
6.	Alternative finansieringsmodeller .....	68
6.1.	Justert modell.....	68
6.2.	Tilpasset rammemodell.....	69
7.	Hvilken modell egner seg best på Svalbard? .....	70
7.1.	Hvordan er modellene egnet for å kunne styre helsetjenesten i en ønsket retning....	70
7.1.1.	Insentiv-effekt av rammefinansiering versus ISF .....	71
7.1.2.	Intensjon for valg av ISF ved Longyearbyen sykehus i dag .....	72
7.1.3.	Konklusjon på ISF og rammefinansiering som styringsverktøy.....	72
7.2.	Forutsigbarhet for pasientene .....	73
7.3.	Samsvar med intensjoner i lover og forskrifter. ....	73
7.4.	Økonomisk risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset. ....	73
7.4.1.	Risiko ved økt aktivitet .....	74
7.4.2.	Risiko ved redusert aktivitet.....	74
7.4.3.	Forutsigbarhet.....	75
7.4.4.	Konklusjon vedrørende risiko og forutsigbarhet for sykehuset. ....	75
7.5.	Økonomiske konsekvenser ved endring av finansieringsmodell .....	76
7.5.1.	Kostnader ved en eventuell endringsprosess.....	76
7.5.2.	Forventet inntektstap etter endring.....	76
7.5.3.	Administrasjonskostnader for de ulike modellene. ....	76
7.5.4.	Konklusjon økonomiske konsekvenser av endring.....	77
7.6.	Oppsummering evaluering av modeller .....	77
7.7.	Konklusjon - den beste modellen for Svalbard .....	79
8.	Diskusjon.....	81
8.1.1.	Anbefalinger.....	81
9.	Konklusjon .....	83



# 1. Innledning

Tradisjonelt var Longyearbyen sykehus eid og drevet av bedriften som drev kulldrift på Svalbard, Store norske Spitsbergen kullkompani (heretter kalt Store norske). Samfunnet var en «Company Town» hvor Store Norske stod både for næringsdrift og infrastruktur. Staten overtok driften av Longyearbyen sykehus i 1981 og man hadde den gang en kirurgisk beredskap grunnet mange ulykker. Etter hvert ble samfunnet et familiesamfunn og behovene for allmennmedisin og helsestasjonstjenester økte.

Svalbard er i en spesiell situasjon på mange måter med en liten fast befolkning, store avstander internt på Svalbard, og en lang avstand til fastlandet. Dette stiller særlige krav til organisering, logistikk og faglig kompetanse. Organiseringen av helsetjenesten på Svalbard avviker på mange måter fra organiseringen av helsetjenesten i «fastlands-Norge».

Etter at helseforetakene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002 så ble finansieringsmodellen for Longyearbyen sykehus endret fra en nesten ren rammefinansiering til en kombinasjon av rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering. Dagens finansieringsordning har visse konsekvenser for Svalbard som er lite hensiktsmessige.

Denne oppgavens problemstilling er å gi en vurdering av dagens finansieringsordning for Longyearbyen sykehus. Dette gjøres ved først å gi en nærmere beskrivelse av hvordan Sykehuset Svalbard er organisert og finansiert. Deretter identifiseres og vurderes ulike konsekvenser av dagens finansieringsmodellen hvor noen ansees å være lite hensiktsmessige. Avslutningsvis drøftes alternative finansieringsmodeller, og en vurdering gis av hvorvidt disse modellene kan redusere de overnevnte problemene.

Noen alternative løsninger vil bli diskutert. Oppgaven presenterer ingen fasit til løsning, men kan forhåpentligvis være en inspirasjon og et hjelpemiddel til forbedringer av systemet. Målgruppen for denne oppgaven er ledere i helsevesenet og oppgaven gir ikke en generell dybdebeskrivelse (teorier etc.) rundt velkjente tema som innsatsstyrt finansiering versus rammefinansiering. Man har heller valgt å beskrive forholdene på Svalbard og diskutert finansieringsmodeller i dette perspektivet siden disse forholdene sannsynligvis er ukjente for de fleste.

## 1.1. Metode

Oppgaven vil hovedsakelig belyse den kliniske virksomheten innen primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Redningstjenesten, bedriftshelsetjenesten (BHT), tannhelsetjenesten og fysioterapitjenesten vil også bli omtalt, men vil i mindre grad bli evaluert.

Studien består av en deskriptiv og en analytisk del.

Første del er deskriptiv og vil beskrive bakgrunnen for dagens organisering og hvilke lover, forskrifter og avtaler som regulerer denne.. Helsetjenesten på Svalbard må ses i lys av den historiske utviklingen på øygruppen, fra å være eid og drevet av Store norske til dagens organisering som ble innført etter helsereformen i 2002. En beskrivelse av samfunnets historie og dagen samfunn har derfor fått relativt stor plass i denne oppgaven.

Historiske kilder er oppsøkt for å kunne gi en beskrivelse av sykehuset. For å kunne beskrive dagens finansieringssystem og hvordan dette har utviklet seg, er personer som har arbeidet lenge ved Longyearbyen sykehus blitt intervjuet. Videre er sykehusets dokumentarkiv gjennomgått for å finne avtaler som kan belyse dagens praksis.

I alt 7 personer ved Helse-Nord, UNN Tromsø, HELFO og Longyearbyen sykehus er intervjuet for å få et bedre bilde av dagens system samt om de ser behov for endringer. Det poengteres at de intervjuede personer har stilt opp velvillig og svart på spørsmål gitt deres ståsted. Deres synspunkt representerer ikke nødvendigvis institusjonens offisielle syn.

I tillegg er 15 pasienter intervjuet i den hensikt å få informasjon om pasientenes vurderinger.

### 1.1.1. Definisjoner

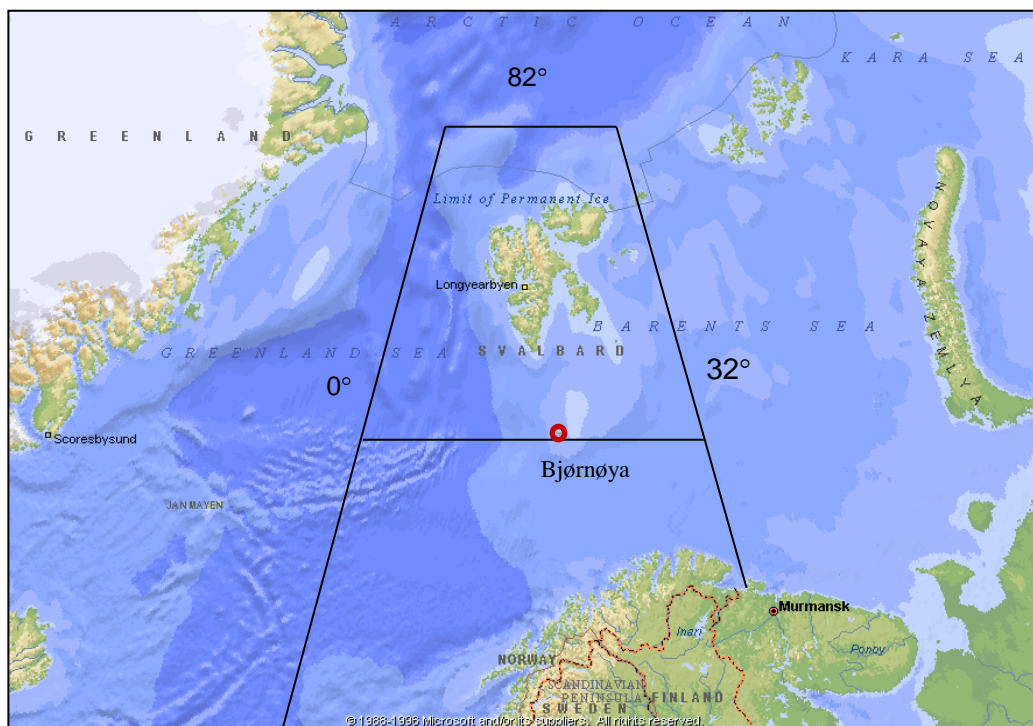
Rammefinansiering: All finansiering som gis som et fast tilskudd uavhengig av aktivitetsnivå. Dette er ikke knyttet til spesifikke driftstilskudd e.l.

Innsatsstyrt finansiering (ISF): All finansiering som påvirkes av aktiviteten. I dagens situasjon i Longyearbyen innebærer dette i hovedsak egenandeler fra pasientene samt refusjon fra HELFO. Diagnoserelaterte grupper (DRG) brukes ikke på Svalbard og begrepet ISF i denne oppgaven har derfor et innhold som ligner på det som brukes i legevirksomhet utenfor

sykehus. «Fastlandet» eller «fastlandsnorge»: Den delen av Norge som ikke innbefatter fjerntliggende steder som Svalbard, Jan Mayen eller Antarktis. Begrepet inkluderer øykommuner i Norge.

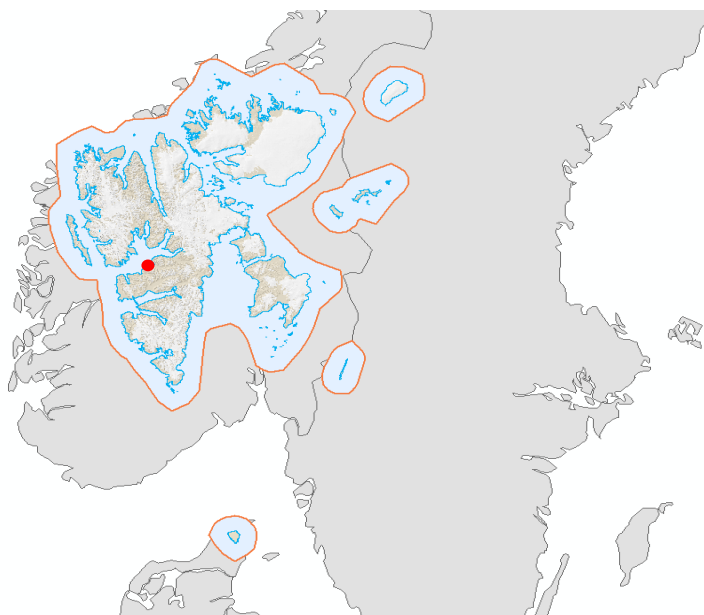
### 1.1.2. Område omfattet av tjenesten

Tjenesten skal dekke Svalbard og havområdene rundt Svalbard, fra Bjørnøya i sør til ca. 82 grader nord, fra lengdegradene 0 – 32 (Figur 1).

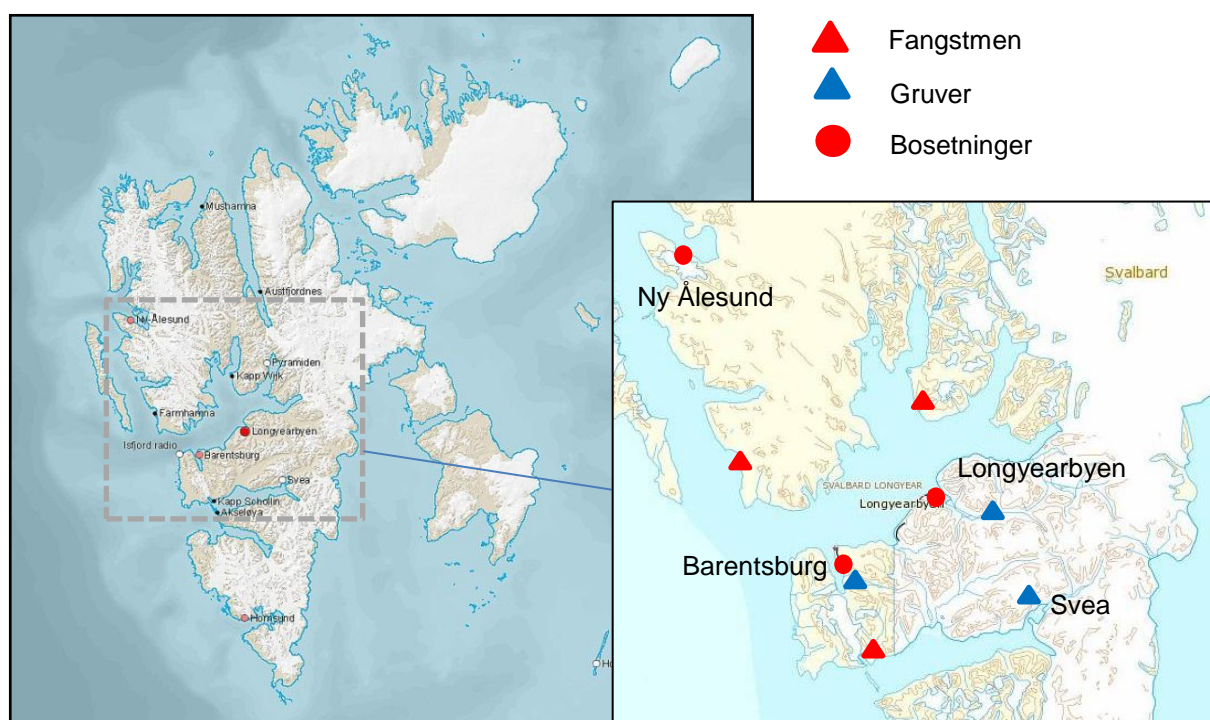


Figur 1 Ansvarsområde for Longyearbyen sykehus

Flateinnholdet totalt for øygruppen er 61 020 km<sup>2</sup>, eller omtrent to ganger Belgias flateinnhold eller 1,5 gang Danmarks flateinnhold. Distansene kan være store og av figur 2 ser vi at dersom en person er syk på Bjørnøya, tilsvarer transportdistansen fra Longyearbyen en flytur fra Lærdal i Sogn til Ålborg i Danmark.



Figur 2. Flateinnhold og avstander projisert på et kart av Sør- Norge



Figur 3 Bosetninger, gruver og fangstmenn på Svalbard per 2012

## **2. Bakgrunn**

### **2.1. Svalbard, - et annerledes samfunn**

Svalbard består av en øygruppe beliggende mellom Finnmark og Nordpolen. Spitsbergen er den største øya og Longyearbyen er administrasjonssenter for øygruppen. Ca. 2100 personer fra 34 nasjoner er fast bosatt i Longyearbyen som etter hvert blitt et familiesamfunn. I pasientpopulasjonen inngår også mer enn 30 000 turister samt alle fiskere, forskere og de ca. 40 000 turistene som ankommer Svalbard årlig.. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av samfunnet

#### **2.1.1. Næringsdrift**

##### **Fangst og fiske**

De polare områdene på og rundt Svalbard har vært rikt på naturressurser og allerede fra 1600-taller har det vært drevet fangstvirksomhet i området.

Fangst drives nå i svært liten skala. Det er noe fangst av vågehval langs vestkysten av Spitsbergen. Per oktober 2012 er det kun 3 helårsbemannede fangststasjoner som livnærer seg av jakt og fangst. En fangstmann er bosatt på nord for Isfjorden, en ved Akseløya sør for Longyearbyen og en i Farmhamna vest på Spitsbergen. Disse kan kontakte sykehuset via satellittelefon..

Det drives imidlertid mye helårsfiske, spesielt i områdene øst av Hopen og rundt Bjørnøya. Dette medfører mange oppdrag i disse områder for redningstjenesten på Svalbard. I isfrie perioder drives det også en del fiske nord av Spitsbergen. Grunnet mindre is de senere årene har fisket, spesielt etter reker, foregått relativt langt nord. Dette fører igjen til flere oppdrag for redningstjenesten som ligger lenger unna Svalbard.

##### **Forskning**

Forskningsvirksomhet på Svalbard har foregått helt siden 1800-tallet og er fremdeles en viktig virksomhet. Universitetsstudiene i Svalbard (UNIS), Norges forskningsråd og Norsk

polarinstitutt (NP) er viktige aktører. Virksomheten sysselsetter mange i Longyearbyen og er viktig for lokalsamfunnet. Det finnes permanente forskningsstasjoner i Ny-Ålesund og Hornsund. Infrastrukturen i Ny-Ålesund drives av Kings Bay AS som har en stab på ca. 26 ansatte (1). Det er ca. 30 personer i Ny-Ålesund i vinterhalvåret og ca. 160 i sommerhalvåret, de fleste av disse er forskere fra ulike nasjonaliteter. Ved den polske forskningsstasjonen i Hornsund er det ca. 10 personer i vinterhalvåret og 40-60 i sommerhalvåret (2).

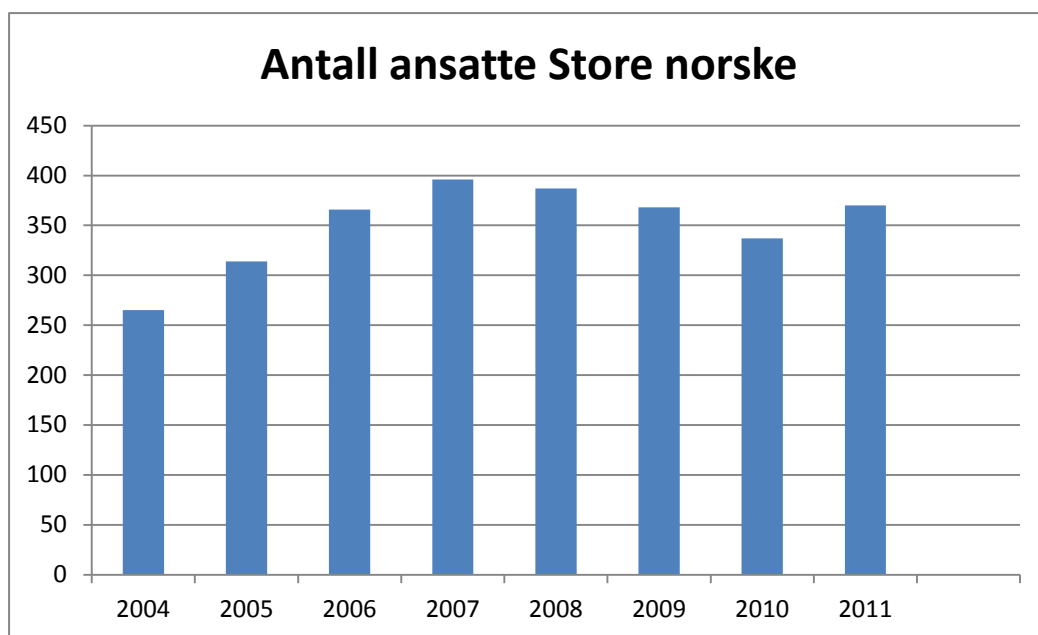
## **Kulldrift**

Kulldrift har de siste hundre år vært og er fortsatt den største næringen på Svalbard. Kommersiell kulldrift har vært drevet på øygruppen siden begynnelsen av 1900-tallet og har vært viktig for opprettholdelsen av en bosetning på Svalbard. Russere har hatt de største bosetningene som følge av kulldriften. I perioder hadde de til sammen 2-3000 personer bosatt i Barentsburg, Grumant/Colesbukta og Pyramiden. Driften i Grumant og Pyramiden ble nedlagt henholdsvis i 1965 og i 1998. Det er fremdeles noe drift i gruvene i Barentsburg. Gruvene i Barentsburg har hatt en del alvorlige ulykker, den siste var en brann i 2008. Til tross for at kullreservene anses som relativt små i Barentsburg, så kom driften i gang igjen i 2011. Russerne ønsker å opprettholde en bosetning i Barentsburg og ser nå etter andre mulige næringsveier. Det drives også noe turisme og forskning i Barentsburg, men dette er av mindre økonomisk betydning per i dag. Turismen er imidlertid økende og blir sannsynligvis et satsingsfelt videre. Det er eget helsetilbud i Barentsburg i form av eget, bemannet sykehus.

Kulldrift i norsk regi drives av Store norske som ble grunnlagt i 1916. Store Norske er verdens nordligste gruveselskap og har 370 ansatte (3) (se Figur 3 for utviklingen i antall ansatte i perioden 2004 til 2011). Store Norske driver i dag to kullgruver på Svalbard: Svea Nord, 60 kilometer sør for Longyearbyen, og Gruve 7 i Adventdalen utenfor Longyearbyen. Staten har aksjemajoriteten i selskapet. Store Norske er den største hjørnesteinsbedriften på Svalbard. Ca. 95 % av kullet eksporteres, mens deler av kullet fra Gruve 7 brukes av byens kullkraftverk. Kullet i Svea Nord nærmer seg slutt og det er startet oppfaring av ny gruve i nærheten (Lunckefjell). Denne ventes å ha lønnsom drift i noen år. Fremtiden for norsk kulldrift på Svalbard er imidlertid usikker, ikke minst grunnet at det er miljøpolitisk ukorrekt å drive kullfyrte kraftverk.

Både norsk og russisk kulldrift har vært av stor strategisk betydning i og med at det har gitt landene en mulighet til å opprettholde en bosetning på Svalbard. Dette var spesielt viktig

under «den kalde krigen» på 1950 – 60 tallet, men det er fremdeles et strategisk mål for den norske regjering (4).



Figur 4 Utvikling av antall ansatte i Store norske 2004-2011

## Reiseliv

Turisme og reiseliv har vært en viktig næring på Svalbard i mer enn 100 år, mens den organiserte turismen først har kommet de siste 20 år. Det er årlig ca. 30 000 besøkende turister til Svalbard (5), i tillegg ankommer mellom 30-40 000 turister via cruiseskip.

Mye av turistvirksomheten medfører turer utenfor bosetningene, enten som fot- eller båtturer om sommeren eller scooter- eller skiturer om vinteren. Denne virksomheten skaper en del utfordringer for søk- og redningstjenesten (SAR) på Svalbard. En stor del av de fastboende i Longyearbyen har arbeid relatert til reiselivet.

## Satellittdata

Longyearbyen er verdens nordligste bosetning med en godt utbygget infrastruktur og er derfor godt egnet for etablere virksomheter i forbindelse med nedhenting av data fra satellitter

i polare baner. I 1996 ble det derfor Svalbard Satellite Station (Svalsat) etablert. Stasjonen har nå mer enn 30 operative antenner på Platåfjellet utenfor Longyearbyen (6). Etter 2004, da fiberoptiske kabler muliggjorde overføring av store datamengder til resten av verden, har dette blitt en virksomhet med betydelig omsetning. Det er likevel en liten del av befolkningen som er direkte relatert til denne virksomheten.

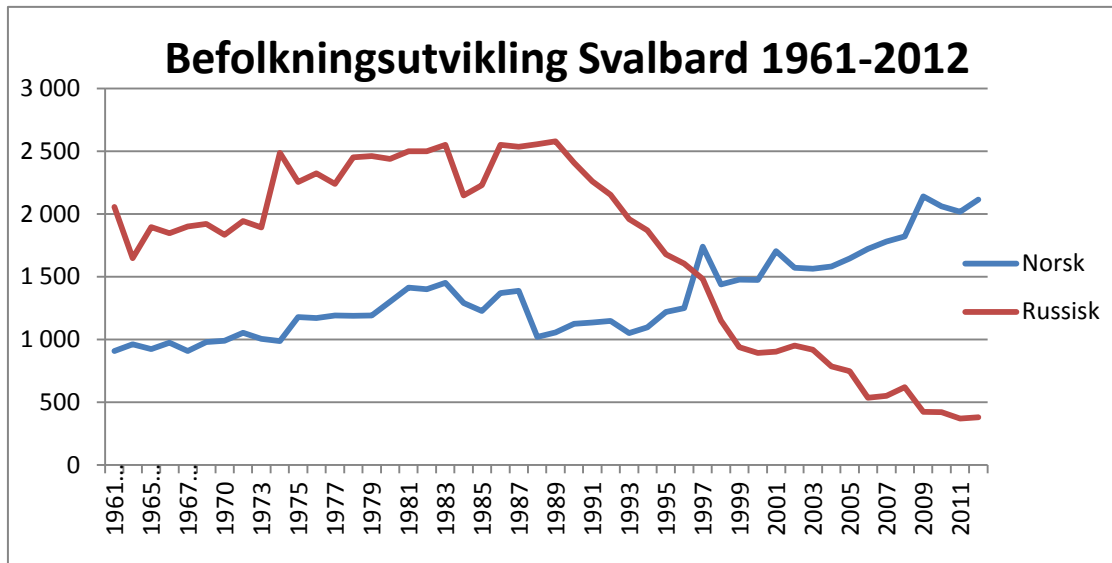
## **Høyere utdanning**

I 1993 ble Universitetssentert på Svalbard (UNIS) etablert i Longyearbyen. Dette medfører en tilvekst i byen på anslagsvis 100-200 studenter hvert halvår samt ca. 100 vitenskapelig ansatte i varierende stillingsbrøker (7). De fleste studentene tar korte kurs på inntil 6 mnd. ved UNIS, men det er også muligheter for masterstudenter og PhD – stipendiater å fullføre sine studier ved UNIS. De siste årene har det også vært et tilbud om et ett-årig studium innen arktisk naturguiding i regi av Høyskolen i Finnmark.

### **2.1.2. Befolkningen**

Longyearbyen har vært senter for den norske administrasjonen på Svalbard siden Norge fikk suvereniteten, men det har ikke alltid vært den største bosetningen. Russland/Sovjetunionen har hatt stor aktivitet på øya og både Grumant, Pyramiden og Barentsburg har i perioder hatt mer enn 1000 innbyggere/arbeidere (8). Den norske befolkningen var i mindretall på 1950- og 60 tallet, men dette er nå endret og den største delen av befolkningen er nå bosatt i Longyearbyen (se Figur 4). Av de russiske bosetningene er det kun Barentsburg som har en fast befolkning bestående av ca. 400 ukrainere og russere.





Figur 5 Befolkningsutvikling på Svalbard 1961 til 2012

Tradisjonelt har Longyearbyen vært et mannsdominert gruvesamfunn hovedsakelig bestående av unge, arbeidsføre menn. Som tidligere nevnt, har dette endret seg mer i retning av å bli et familiesamfunn. Befolkningen i Longyearbyen har imidlertid fremdeles en del særtrekk som også har betydning for hvordan helsetjenesten er organisert.

I 1999 var det knapt 1500 innbyggere i Longyearbyen og regjeringen hadde ikke ønsket om at dette skulle økes. I Svalbardmeldingen fra 1999 (9), heter det i kapittel 14.5:

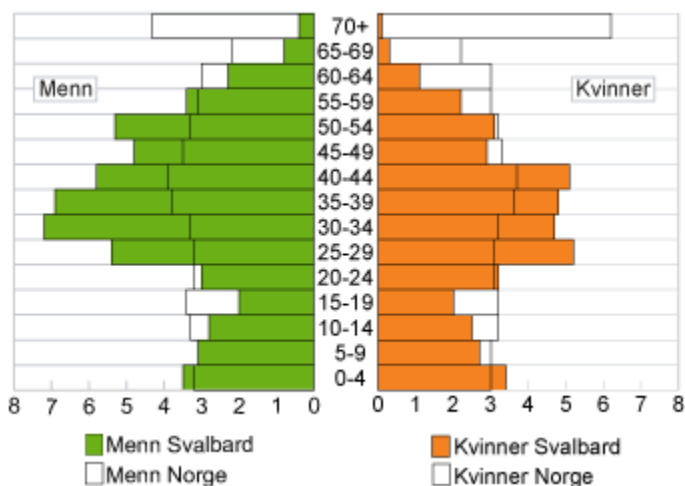
*Regjeringen har som mål å sikre et livskraftig norsk samfunn av høy kvalitet på Svalbard. Dette betyr blant annet at lokalsamfunnet bør ha en sosial og økonomisk struktur som gjør det motstandsdyktig mot sterke svingninger i folketallet. **Longyearbyen har i dag et folketall på drøyt 1300 personer**, med et relativt stort innslag av familier. Næringsvirksomheten er variert og tjenestetilbudet godt utbygd. Generelt oppfattes Longyearbyen som et attraktivt og godt sted å bo både for familier og enslige, noe søknader til ledige stillinger og levekårsundersøkelser viser.*

***Regjeringen ønsker ikke at folketallet i Longyearbyen skal øke ut over dagens nivå.** Den siste rapporten vedrørende næringsutvikling på Svalbard, fra Svalbard Næringsutvikling august 1999, tyder på at de senere års vekst nå har flatet ut. Regjeringen vil tilpasse virkemidlene i norsk svalbardpolitikk slik at folketallet holder seg på et akseptabelt nivå. Regjeringen mener at et lokalsamfunn godt tilpasset familier er den beste måten å sikre en positiv samfunnsutvikling på. Tilbud og tiltak som gjør det attraktivt for familier å etablere seg og bo i Longyearbyen vil derfor bli prioritert.*

R Regjeringens ønske om en stabilisering av befolkningstallet på Svalbard er ikke innfridd. Per 1. januar 2012 var det 2115 personer bosatt i de norske bosetningene på Svalbard (Longyearbyen og Ny-Ålesund) hvilket er en økning på drøyt 50 % fra 1999. I tillegg er 380 personer bosatt i Barentsburg og 10 på den polske forskningsstasjonen i Hornsund. Det er dessuten meteorologiske stasjoner på Bjørnøya (ca 10 personer) og Hopen (4 personer).

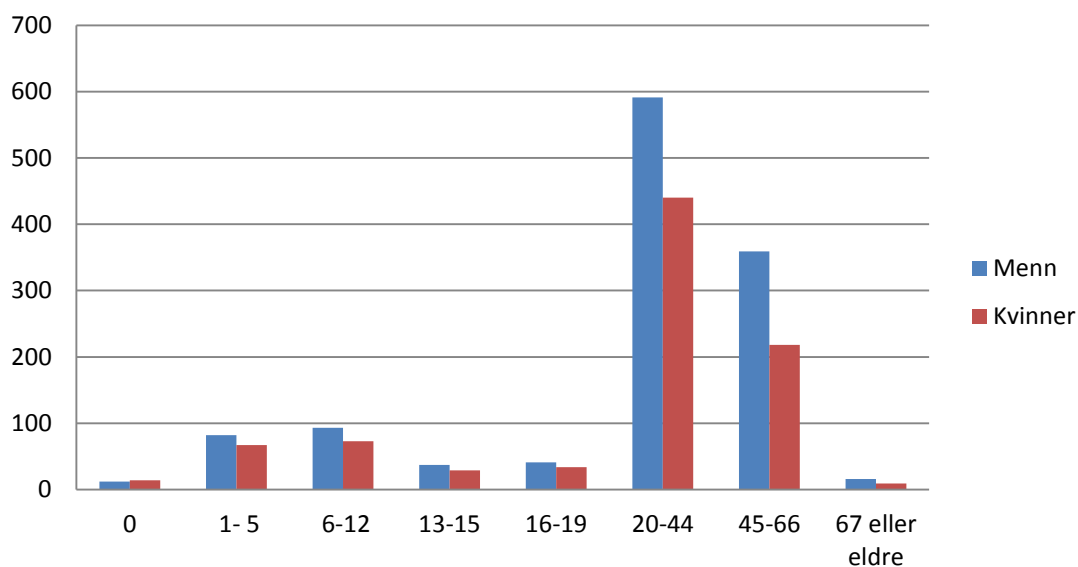
Samfunnet er fremdeles mannsdominert (se Figur 6) med en overvekt av en-person husholdninger (53 %). Tilsvarende andel for fastlandsnorge er 38 %.

Vi ser av figur 7 at andelen barn under 16 år er 19 % i Longyearbyen (20 % på fastlandet), mens det er kun 1% fastboende i Longyearbyen som er over 66 år (13 % på fastlandet) .



Figur 6 Folkemengde i de norske bosetningene på Svalbard, etter kjønn og alder. 1.januar 2012. Prosent. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

## Aldersfordeling



Figur 7 Aldersfordeling i den norske befolkningen på Svalbard

Det er 34 nasjonaliteter representert i Longyearbyen og andre nasjonaliteter enn Norge utgjør samlet sett ca. 18 % av befolkningen. Mange er fra ikke-vestlige land og thailandske innbyggere er den største gruppen. For helsevesenet betyr dette en del arbeid i forbindelse med oppsporing av nye innbyggere for innkalling til tuberkulosekontroller. De siste årene har det vært en økning i antall svenske innbyggere, spesielt relatert til restaurantbransjen.

## **2.2. Helsetjenesten på Svalbard i et historisk perspektiv**

Longyearbyen har vært en «Company Town» hvor de enkelte aktører har vært ansvarlig for all drift av infrastruktur på stedet. Dette gjelder også helsetjenesten. Store norske Spitsbergen kullkompani har drevet kulldrift i Longyearbyen siden 1916 og firmaet er i dag nesten totalt eid av den norske stat. De tidligste kullkompaniene på Svalbard hadde ansatte verksleger og da Store norske overtok driften i 1916, ble det første sykehuset bygget (10).

Dette sykehuset hadde 6 senger og var regnet som meget godt utstyrt. Man manglet imidlertid røntgenapparat som kom først i 1925 (11). Bemanningen på denne tiden bestod av 1 lege og 2 sykepleiere samt 1 sykepasser.

Helsetjenesten hadde mange store utfordringer de første årene. I 1918 kom Spanskesyken til Longyearbyen og i en periode var 180 av 200 arbeidere sykemeldt. Influensaen tok i alt 11 unge menns liv.

Livet i Arktis bød også på andre medisinske utfordringer som for eksempel trikinose etter å ha spist rått isbjørnkjøtt, rabies, spekkfinger og skjørbuk. Mange trodde at mørketiden ville føre til mange depresjoner, men dette viste seg ikke å være tilfelle. Man kunne imidlertid se at mange fikk psykiske symptomer om våren etter at lyset var kommet tilbake og man ventet på den første båten fra fastlandet. Det er også beskrevet noen tilfeller av sinnsyke og noen av disse ble utløst av klaustrofobi i gruvene. Pasienter med psykose skapte et problem i mørketiden da de måtte ha et nærmest kontinuerlig tilsyn inntil første båt kom om våren og kunne ta dem med tilbake til fastlandet. Det er beskrevet flere tilfeller av sinnsyke som ble friske om bord på båten på vei sørover om sommeren. År om annet hadde man også tilfeller av tuberkulose.

Man ønsket ikke fødsler i Longyearbyen, men det var ikke til å unngå at noen ble gravide. Det er beskrevet en del spontanaborter, flere enn for tilsvarende befolkning på fastlandet. Man kunne søke om provosert abort og i praksis fikk alle dette innvilget grunnet lang avstand til fastlandet. I en periode skulle alle kvinner undersøkes med tanke på graviditet før siste båt gikk til fastlandet om høsten. De som var mistenkt å være gravide måtte reise ned med siste båt. Undersøkelsene var ikke populære og ble sett på som nedverdiggende. Til tross for både aborter og kliniske undersøkelser var det nesten alltid årlige fødsler i Longyearbyen (0-8 per år).

Ulykker var naturligvis også en utfordring med en gruvedrift som ikke på langt nær var sikret like godt som i dag. Natt til 3. januar 1920 var det en stor støveksplasjon i en av gruvene i Longyearbyen. Mer enn 20 mann omkom.

Ulykker relatert til gruvene forekom jevnlig og mange av dødsfallene på Svalbard var relatert til slike ulykker. I 1947 ble det bygget et nytt sykehus på Østsiden av Longyeardalen, men sykehuset ble totalt ødelagt av et snø-/sørperas 11. juni 1953 (Figur 8). Den ene legen hadde nylig forlatt øya og den andre legen ble skadet i ulykken. Tre personer omkom.



Figur 8 I 1953 ble sykehuset smadret av et snø-/sørperas. En lege ble alvorlig skadet og en sykepleier lettere skadet. Den andre legen var nylig reist til fastlandet og den skadde legen ble værende til en ny lege kom opp.

Allerede et døgn etter ulykken, lyktes man med å få opp et sjøfly fra Tromsø med kirurg, sykepleier og utstyr til å kunne fortsette arbeidet. De hardest skadde ble fraktet tilbake til fastlandet med det samme flyet. Den skadde legen ble behandlet av kirurgen som kom opp fra fastlandet og ble værende i Longyearbyen inntil ny lege kom opp en uke senere. Allerede 11 måneder senere stod et nytt sykehus med 15-20 sengeplasser klart.

Fra 1949 ble legebemanningen øket med 1 assistentlege (12) og det var nå 3 sykepleiere ansatt (operasjon-, røntgen- og vanlig sykepleier). Ut over 1950-tallet ble det vanskeligere å få rekruttert leger til assistentlegestillingen. Dette var sannsynligvis begrunnet i den nye

turnusordningen som ble innført på fastlandet fra 1954 og det ble derfor søkt om å få godkjent Longyearbyen som tellende for turnustjenesten.

Befolkningen i Longyearbyen var på 1950-tallet mellom 1000 og 1100 personer. Grunnet en stor kullkrise i 1958 ble befolkningen redusert til 7-800 personer. Dette medførte også en innskrenkning av bemanningen på sykehuset. Fra 1958 – 1961 var bemanningen 1 lege og 2 sykepleiere. På denne tiden kunne det være årlig ca. 200 innleggelser på sykehuset og det var til enhver tid 3-5 innlagte. Gjennomsnittlig liggetid på denne tiden var ca. 10 døgn.

Frem mot 1961 økte igjen folketallet opp mot 1000 og legen søkte om å få en turnuslege til Svalbard. Den første turnuslegen kom sommeren 1961.

Fra 1962 ble det ansatt en generell kirurg som verkslege og med dette forsvant også den tidligere motviljen mot å ha fødsler i Longyearbyen. I sesongen 1962-1963 ble det født 20 barn i Longyearbyen. Senere på 1960-tallet var det ca. 10 fødsler per år. Etter denne tid var det et «krav» fra Store norske om at verkslegen skulle være kirurg. Bemanningen ved sykehuset bestod i 1965 av 2 leger, 3 sykepleiere og 1 tannlege (12).

Rundet 1970 var bemanningen på sykehuset 2 leger: 1 verkslege (kirurg) og 1 assistentlege (1 år som assistentlege var tellende som 6 mnd distriktsturnus), 3 sykepleiere samt 1 tannlege. En av sykepleierne var også jordmor. Legebemanningen var den samme i 1974, men sykepleierbemanningen ble endret slik at det kun var spesialsykepleiere (en innen anestesi og to innen operasjon).

Etter at flyplassen kom i 1974 og isolasjonen var brutt, fikk Longyearbyen nye utfordringer. Dr. Ryen som var ansatt ved sykehuset i 1976 mente at driften var noe «forstokket». Den økte reisevirksomheten førte til at mange av mennene dro til Thailand med påfølgende kjønnssykdommer og andre smittsomme sykdommer. Kloakknettets på denne tiden var fremdeles delvis åpent noe som kunne føre til spredning av sykdommer. Det ble etterlyst muligheter til å utføre mer avansert behandling og overvåkning ved sykehuset, men legen oppfattet at Store norske var mer interessert i å få den syke fortest mulig ned til fastlandet hvor Folketrygden overtok kostnadene og sykehusene det medisinske ansvaret. Krav til kvaliteten på tjenestene i Longyearbyen økte selv om man var innforstått med at man ikke skulle tilby høyspesialiserte tjenester.

Fra og med høsten 1979 ble det vedtatt at det skulle være 3 leger, 2 kirurger (hvorav en administrativ leder) og en allmennpraktiker (12) ved sykehuset. Befolkningen i Longyearbyen var på dette tidspunkt ca. 1200 innbyggere. Den siste legestillingen var opprinnelig noe vanskelig å få besatt og det ble vurdert en «utlånsordning» fra sykehuset i Tromsø. En slik ordning kom imidlertid aldri i gang. Legebemanningen har vært den samme inntil oktober 2012 til tross for at befolkningen nesten er doblet siden 1979.

Staten overtok sykehusdriften 1. januar 1981 og sykehuset var da et selvstendig sykehus med et eget sykehusstyre. Sysselmannen var styreleder mens styremedlemmene for øvrig bestod av fylkesmennene i Troms, fylkeshelsesjefen i Troms, et medlem fra Svalbardrådet, et medlem fra Svalbard samfunnsdrift samt en representant for de ansatte ved sykehuset. Avdelingsoverlege og oversykepleier hadde møte- og talerett i styret.

Fra 1. april 1985 tok Staten også over driften av tannhelsetjenesten. Den totale bemanningen var i 1988 3 leger, 8 sykepleiere (inkl. helsesøster), 1 tannlege, 1 fysioterapeut, 1 renholder og 2 administrative stillinger.

I 1985 ble det besluttet å utarbeide egen helseplan for den norske helsetjenesten på Svalbard. Den første planen som ble laget omfattet perioden 1988-1992 og intensjonen var at helseplanen skulle revideres hvert 4. år (13). Neste plan forelå imidlertid først i 1995.

Samfunnet hadde i løpet av mange år gått fra å være en «Company Town» til å bli et familiesamfunn. Helsetjenesten hadde til en viss grad fulgt med på denne utviklingen, men i 1996 ble det igangsatt et prosjekt for å se om innholdet og organiseringen av helsetjenestene skulle endres. Randi Irtun ble bedt om å lede arbeidet med å utarbeide en rapport.

Irtunutvalgets innstilling forelå i 1997. Denne innstillingen foreslo blant annet å fjerne den kirurgiske beredskapen ved sykehuset.

I 1998 ble den kirurgiske beredskapen fjernet og man gikk over til en legebemanning i form av 2 allmennleger (hvorav en skulle være administrativ leder) og 1 kirurg. Man regnet med at kirurgen likevel ville stille opp ved behov for akuttkirurgisk behandling.

Fra 2002 ble sykehuset en avdeling under UNN og er nå organisatorisk direkte underlagt direktøren ved UNN. I 2006 var der 19 ansatte ved sykehuset og i dag, (2012), er det 22 ansatte ved sykehuset (Tabell 1).

## **Ulykker. Den hyppigste dødsårsaken**

Ulykker har, som tidligere nevnt, vært den hyppigste dødsårsaken på Svalbard. Gruveulykker har heldigvis blitt færre med årene, mens aktiviteter i form av ferdsel rundt på øygruppa har økt. I 1978 var det en helikopterulykke hvor piloten ble drept, mens en passasjer overlevde på mirakuløst vis. Ulykker under scooterkjøring har tatt flere menneskeliv enten i form av skader eller ved at scooterne har gått gjennom isen og føreren druknet. Snøras tar jevnlig liv på Svalbard mens ulykker ved at personer faller ned i bresprekk er sjeldnere. De senere årene har det vært populært å skulle gå «Spitsbergen på langs» på ski. Mange som har forsøkt har måttet bli hentet med helikopter grunnet dårlige værforhold og/eller manglende utstyr. Mange av turselskapene arrangerer turer til brefrontene. Det blir ikke tatt nok hensyn til at isbreene «lever» og er i stadig bevegelse. Båter kjører for tett inntil brefronten og kalving av breen har ført til flere ulykker de siste årene. I 2007 ble 8 personer hardt skadd i en slik ulykke i Hornsund, mens i 2012 ble en person drept og en hard skadet etter en kalving ved Esmarkbreen i Isfjorden.

Isbjørnskader har det ikke vært mange av, men de forekommer fra tid til annen. I 1977 ble en østerriker drept i Magdalenafjorden. I 1995 var det to dødsfall på grunn av isbjørn og en ung engelskmann ble drept av isbjørn i Tempelfjorden sommeren 2011 (Figur 12).

## **Transport til/fra fastlandet**

Tidligere tok det 2-3 dager med båt fra fastlandet til eller fra Svalbard. Dette forutsatte imidlertid at det var båt tilgjengelig. Fra slutten av 1950-tallet foregikk all pasienttransport med båt og slik transport foregikk kun i sommersesongen, ( juni til oktober/november).

Utenom sommersesongen var øya helt isolert. Det første oppdrag med ambulansefly som landet på permafrosten i Adventdalen var i 1958 da man måtte transportere ned en psykotisk mann. Senere forekom det sporadiske luftambulanseoppdrag. Et av oppdragene var rundt juletider i 1964 da en mann med akutte brystmerter ble hentet i et forrykende uvær. Ingen ambulansefly kan lande under slike forhold i dag.

I 1971 ble det diskusjon om en etablering av fast ambulansefly på Svalbard etter at en av kvinnene i byen fikk hjernehinnebetennelse og døde under båttransport til fastlandet. Det var imidlertid først etter at man fikk permanent flyplass i 1974 at man begynte med mer regelmessige luftambulanseflyginger til fastlandet. I 1972 fikk en arbeider store livstruende brannskader og måtte raskt til sykehus på fastlandet. Helikopterskvadronen i Bodø hadde en

øvelse i nord og man lyktes med å sende et Sea King helikopter til Svalbard etter «re-fueling» på Bjørnøya. Lege på Svalbard fulgte pasienten til fastlandet, men måtte vente på neste båt før han kunne returnere til Svalbard. Dette er sannsynligvis den eneste gang et helikopter er brukt til pasienttransport til fastlandet.



### 3. Organisering

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal gjennom Longyearbyen sykehus levere helsetjenester til befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard. Sykehusfunksjonen er først og fremst å være et beredskapssykehus med døgntkontinuerlig akuttberedskap.

Hoveddelen av virksomheten er å yte allmennmedisinske tjenester. Sykehuset har således ansvaret for primærhelsetjeneste, helsestasjon, smittevern, beredskapsarbeid, prehospital lege-/sykepleiertjeneste, inklusive redningshelikopter, og sykehusfunksjon for akutte tilstander og enklere lidelser. I tillegg yter sykehuset bedriftshelsetjenester til bedrifter på Svalbard.

I dette kapittelet beskrives dagens organisering av helsetjenesten i regi av Longyearbyen sykehus og det gis en mulig forklaring for valget av dagens modell. I tillegg beskrives hvilke tjenester som ytes og hvilke tjenester man ikke får i Longyearbyen. For at man skal få en fullstendig oversikt over helsetjenestene på Svalbard, er det også gitt en beskrivelse viktige samarbeidspartnere til helsetjenesten.

#### 3.1. Lover som regulerer helsetjenesten på Svalbard

Rammelover som styrer virksomheter på Svalbard omfattes av:

- Svalbardtraktaten av 9. februar 1920 (14)
- Lov om Svalbard av 17. juli 1925 (15)
- Lov om Bergverksordningen for Svalbard (16)

I dag er det ingen norske helselover som gjelder på Svalbard, jf. Svalbardloven §2 (15). Hverken spesialisthelsetjenesteloven (17), kommunehelsetjenesteloven (18), folkehelseloven (19), lov om pasientrettigheter (20) eller helsepersonelloven (21) er gjort gjeldende for Svalbard. Det pågår imidlertid et arbeid i Helse og omsorgsdepartementet som ser på hvilke av lovene som også bør gis gyldighet for Svalbard. Longyearbyen sykehus forsøker i størst mulig grad å følge helselovgivningen som gjelder fastlandsnorge og i praksis følger man helsepersonelloven. Pasientrettighetsloven følges også i stor grad, men denne inneholder en del rettigheter som kan være vanskelig å oppfylle. Dette skyldes bl.a. et overordnet politisk ønske om at man ikke skal ha et livsløpssamfunn i Longyearbyen (4). Sosialtjenesteloven (22)

er heller ikke gjeldene på Svalbard, mens største delen av Barnevernsloven (23) er gjort gjeldende gjennom «Forskrift om lov om barneverntjenesters anvendelse på Svalbard» fra 1995 (24). Det er arbeid i gang med forskrifter for beredskap på Svalbard i henhold til Lov om helsemessig og sosial beredskap (25).

Sysselmannen har samme myndighet som Fylkesmannen (jfr. Svalbardloven §5) og funksjonen er underlagt justisdepartementet. Dette gjelder også når han forvalter saker som vanligvis er underlagt andre departement (f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet). Det er fylkeslegen i Troms som har tilsynsmyndighet for sykehuset i Longyearbyen.

### 3.1.1. Bergverksordningen

I Bergverksordning for Svalbard fra 1925, ble sykehusdrift pålagt kullkompaniene.

#### *Bergverksordning for Svalbard*

§ 27.

2. Arbeidsgiveren er forpliktet til å ha til stede ved anlegget de fornødne lægemidler, kirurgiske instrumenter og forbindingssaker.

3. Departementet kan pålegge arbeidsgiveren å holde et for øiemedet tjenlig sykehus med isolasjonslokale og fornødent utstyr og betjening, beregnet på et så stort antall pasienter som departementet bestemmer. Når departementet finner det påkrevet, plikter arbeidsgiveren dessuten å sørge for lægehjelp på stedet.

### 3.1.2. Forskrift om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard

Virksomhet på Svalbard reguleres av Svalbardloven og helsetjenestene reguleres av en forskrift fra 1928: «Forskrift om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard» (26). Denne forskriften presiserer Sysselmannens overordnede ansvar i arbeid med sunnheten på Svalbard.

§ 3. Sysselmannen kan treffe de foranstaltninger som er nødvendig for å fjerne eller forebygge forhold som er skadelige for den almindelige sundhet. I dette øiemed har han adgang til selv eller ved nogen annen som han har bemyndiget dertil, å foreta undersøkelse i privat bolig eller på privat grunn, men sysselmannen må på forhånd underrette vedkommende om, at sådan undersøkelse vil bli foretatt og hvem der skal foreta den.

Departementet kan legge sysselmannens myndighet etter § 3 – § 12 til representativt folkevalgt organ.

Sykehuset har imidlertid vært den utøvende part i store deler av dette arbeidet selv om legen hadde relativt få plikter:

*§ 2. Enhver læge som praktiserer på Svalbard, har plikt til*

*a) ved tilfelle av farlig epidemisk smittsom sykdom, tuberkulose og kjønnssykdom i smittsom form å utferdige de nødvendige forløbige bestemmelser for å hindre smitte,*

*b) å gi melding til sysselmannen om smittsom sykdom som under a) nevnt, om sinnssykdom og dødsfall samt beretning om sundhetsforholdene og drift av sykehus, alt efter nærmere regler som blir fastsatt av medisinaldirektøren,*

*c) å utstede dødsattest,*

*d) når det kreves av sysselmannen å gi opplysninger og sakkyndige erklæringer om sundhetsforhold eller sykdomstilfelle – sistnevnte erklæring mot godtgjørelse som i mangel av mindelig overenskomst fastsettes av medisinaldirektøren.*

Om smittsomme syke heter det:

*§ 13. Den som lider eller frykter for å lide av smittsom sykdom (derunder tuberkulose og venerisk sykdom) er pliktig til å søke læge og i tilfelle underkaste sig undersøkelse, desinfeksjon og lægebehandling, om nødvendig på sykehus, for å hindre utbredelse av smitte.*

*§ 14. Hus eller rum til isolasjon av sådanne syke kan sysselmannen forlange avstått mot erstatning efter skjønn, hvis ikke sådant hus eller rum ifølge gjeldene regler eller avtale pliktes stillet til rådighet.*

*§ 15. Utgiftene ved undersøkelse, isolasjon, behandling og desinfeksjon på Svalbard av syke som her nevnt som ikke påhviler arbeidsgiver eller nogen annen og som heller ikke på grunn av uformuenhet kan utredes av den syke selv, bæres av det offentlige av dertil bevilgede midler på Svalbardbudgettet. Det samme gjelder utgiftene ved hjemsendelse.*

*§ 16. Sysselmannen kan treffe de forføyninger som ytterligere måtte være påkrevet for å stanse utbredelse av smitte og bestemme at smittsom syk skal sendes til sitt hjemsted. Dette gjelder også skib som kommer til Svalbard med sådan syk ombord.*

Selv om denne forskriften er fra 1928, gir den en tilfredsstillende regulering selv i 2012. (Dog har utviklingen gått fremover og man kan i dag ha toalettene nærmere beboelsesrom enn i 1928.)

*§ 7. Ved beboelseshus og arbeidssted skal der være privet i fornødent antall. De skal være således beliggende og innrettet at det ikke kommer lukt eller tilsig derfra til beboelsesrum, oppbevarings- eller tilberedningssted for matvarer, vannbeholder eller vanntak for mat- og drikkevann.*

Privetene (toalettene) før siste verdenskrig var ofte av enkel standard, de var ofte lokalisert innendørs med avløp ut i friluft (se Figur 9). Dette var en utfordring innen smittevern. Legen hadde nok noe å si i denne sammenheng, men det var fremdeles Sysselmannen som var ansvarlig i henhold til forskriften.



Figur 9 Avløp fra privet utenfor en bygning i Longyearbyen. Så lenge det var frost fungerte dette greit, men det ble en voldsom stank når sommeren kom og etterlatenskapene tinte

Alle har rett til helsetjeneste, men ikke alle har rett på **gratis** helsetjeneste. Svalbard er utenfor Schengen-området, men EØS-reglene følges hva angår helsetjenester. Dette innebærer at alle EU-borgere vil få samme rettigheter og betalingsbetingelse som nordmenn. Personer fra land utenom EU vil kunne motta helsetjenester, men er økonomisk ansvarlig.

### 3.1.3. Barnevern

Største delen av barnevernsloven gjelder på Svalbard. Det er noen få tilleggspunkt som er beskrevet i en forskrift fra 1995 (24).

#### *§ 3. Ansvarsfordeling*

*Barneverntjenestens oppgaver etter barnevernloven utføres av Sysselmannen. Departementet kan legge Sysselmannens myndighet til representativt folkevalgt organ.*

*Saker som etter barnevernloven hører under fylkesnemndas myndighetsområde skal fremmes av Sysselmannen eller den som er tillagt myndighet etter første ledd og skal avgjøres av Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Troms og Finnmark.*

*Statlig regional barnevernmyndighet ved region nord har ansvaret for å yte tjenester til barnet i henhold til loven § 8-2.*

*Fylkesmannen i Troms skal føre tilsyn med barneverntjenesten på Svalbard og ellers utføre de oppgaver som følger av barnevernloven § 2-3 fjerde ledd.*

Det er ansatt en egen barnevernskonsulent i Longyearbyen lokalstyre. Det meste av barnevernstjenesten finansieres derfor i hovedsak gjennom det folkevalgte organet.

## 3.2. Longyearbyen sykehus – et annerledes sykehus

Hoveddelen av pasientpopulasjonen som oppsøker helsetjenesten på Svalbard domineres av unge personer med forbigående sykdommer. Det er få eldre personer eller personer med alvorlige kroniske sykdommer til tross for en økning i disse gruppene de senere år.

Longyearbyens befolkning vurderer generelt sin egen helse som god og rapporterer om færre helseplager enn på fastlandet (27) og befolkningen opplever at det er lettere å få legetime nå enn i 2000. Alkoholkonsumet i Longyearbyen er større enn på fastlandet og dette påvirker nok helsetilstanden og forekomsten av skader. Skader utgjør fremdeles en stor del av den akuttmedisinske virksomheten.

Longyearbyens sykehus er et lite sykehus som ikke er et fullverdig sykehus sett i nasjonal målestokk. Antall sengeplasser er 7 og bemanningen fremgår av tabell 1.

Tabell 1. Stillinger ved Longyearbyen sykehus 2012

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– 4 leger<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 allmennleger (hvorav en stilling for tiden er besatt med kirurg)</li><li>• 1 kirurg</li></ul></li><li>– 10 sykepleiere<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 operasjonssykepleiere</li><li>• 3 anestesisykepleiere,</li><li>• 2 helsesøstre (hvorav en kombinert jordmor og helsesøster)</li><li>• 2 bedriftssykepleiere</li><li>• 1 oversykepleier (anesthesisykepleier)</li></ul></li><li>– 2 fysioterapeuter</li><li>– 1 tannlege</li><li>– 1 tannpleier</li><li>– 1 kontorsjef</li><li>– 1 legesekretær</li><li>– 1,5 renholdere</li><li>– 0,5 sekretær BHT (prosjektstilling)</li></ul> |
|--|

Sykehuset har en poliklinisk del med skiftestue for mindre kirurgiske prosedyrer og gipsinger.

Røntgentjenester består av vanlig røntgen til skjelett, rtg. thorax og rtg. oversikt abdomen. Det er mulighet for gjennomlysing (c-bue) og ultralyd. Sykehuset har ikke radiograf og denne typen av tjenester utføres av sykepleierne. Ultralyd brukes hovedsakelig av kirurgene, men allmennlegene kan gjøre enkelte undersøkelser.

Sykehuset har en operasjonsstue og utstyr til de vanligste akuttkirurgiske inngrep, inkl. ortopedi. Anesthesisykepleiere ivaretar generell anestesi sammen med legene. Sykehuset har et moderne anesthesiapparat med ventilator. Lokal og regional anestesi legges av legene. Der er alltid en operasjonssykepleier og anesthesisykepleier på vakt slik at det er mulighet for akuttoperasjoner. Det er imidlertid ikke alltid kirurg til stede og således ikke kirurgisk beredskap.

Det er mulighet for å gjøre gastroskopi og cystoskopi. Det er mulighet for rhinoskopi og nesetamponader og innen øyesykdommer finnes det medikamenter og utstyr for behandling

av ulike former for akutte øyensykdommer (infeksjoner, skader, iridocyklitter). Det er vedtatt at det ikke skal være fødsler i Longyearbyen, men dette forekommer likevel fra tid til annen. De siste årene har det vært gjennomsnittlig 1 fødsel per år. All svangerskapskontroll foregår i Longyearbyen ved lege og jordmor. For tiden gjøres også ultralydscreening lokalt. Det er ingen vaktjeneste for jordmor.

Apoteket på sykehuset var tidligere ganske omfattende, men etter at det ble apotek i Longyearbyen i 2009, har sykehuset nå bare medikamenter til akuttbruk.

Det finnes muligheter for telemedisinsk oppkobling mot UNN dersom man ønsker å rådføre seg med spesialister. Leger på UNN kan da se pasienten og det er meget god kvalitet på utstyret.

Tannlegekontor har 2 fullt utstyrte kontorer. Begge er i bruk i forbindelse med besøk av kjeveortoped, ellers brukes kun et av kontorene. Fysioterapiavdelingen har plass til to fysioterapeuter samt et treningsrom.

Bedriftshelsetjenesten disponerer to kontorer. De gjør enklere undersøkelser, bl. a. audiometri og bruker poliklinikken til utvidede undersøkelser (spirometri, rtg thorax, blodprøver).

Helsestasjonen er for tiden bemannet med to helsesøstre hvorav den ene er jordmor og har ansvaret for helsestasjonsbarn og reisevaksinering. Den andre helsesøsteren har ansvaret for skolehelsetjenesten og rusforebyggende aktiviteter (prosjektstilling).

Sykehuset har ikke ambulansetjeneste, men kjøper denne tjenesten av Longyearbyen lokalstyre. Ambulansemedarbeiderne er ikke fagarbeidere, men lokalbefolkning (gruvearbeidere, snekkere etc.) med utdanning innen førstehjelp og brannvern.

Det er også muligheter til å gjøre enklere behandling av dyr da det ikke finnes veterinær på Svalbard. Tjenesten fungerer på frivillig basis og utføres av sykepleiere og leger på fritiden. Dette er ikke noe etablert tilbud, men det finnes flere hundre hunder på Svalbard og helsepersonell stiller opp ved akutt skade eller sykdom.

### 3.3. Helsetjenester som tilbys

Sykehuset har døgnkontinuerlig beredskap for akutt sykdom og skade på Svalbard.

Beredskapsfunksjonen innebærer også at sykehuset vil bli involvert i hendelser som potensielt kan bli et helseproblem (forurensning av drikkevann, strømbrudd, manglende matforsyninger, skadedyr, smittsomme sykdommer etc). Vaktteamet består av to leger, en anesthesi- og en operasjonssykepleier. Dette kan være eneste tilgjengelige bemanning på Svalbard. Sykehuset skal dekke alle offentlige og kurative helsetjenester på Svalbard.

#### 3.3.1. Allmennmedisin med legevakt

Dette er, sammen med akuttmedisin og beredskapsarbeid, den viktigste delen av tjenesten. Mengdemessig utgjør dette også hoveddelen av tjenesten med knapt 5000 konsultasjoner per år. Fastlegeordningen gjelder ikke i Longyearbyen og pasientene får vanligvis time hos den legen som har først ledig time. Kun to av legene er spesialist i allmennmedisin, men de to kirurgene driver også vanlig allmennpraksis. Kompetansen innen dette feltet er således ikke kvalitetssikret på samme måte som på fastlandet. Alle pasientene har sin fastlege i hjemkommunen, men i praksis er Longyearbyen sykehus deres primærlege i den perioden de bor på Svalbard.

*Organisering på fastlandet:* Kommunal tjeneste.

#### 3.3.2. Spesialisthelsetjeneste

Det er ansatt en fast kirurg ved sykehuset og det gjøres noe kirurgisk virksomhet. Mengden varierer fra år til år. Antall øyeblikkelig hjelp operasjoner har siden 1980 ligget mellom 9 og 24. Antall elektive operasjoner varierer og mye av variasjonen skyldes ulike kirurgers fortrolighet med å operere på Svalbard. Fra 2011 har det vært lite elektive operasjoner. I forbindelse med akuttmedisinske tilstander gjøres det noen kirurgiske prosedyrer som reponering av brudd, operasjoner av brudd, gastroskopi av blødende magesår eller operasjoner av pasienter med blødning etter skader. I tillegg til kan sykehuset tilby akutte sykehustjenester innen en del akuttmedisinske tilstander. Eksempler på dette kan være behandling av diabetikere, hjertesykdom, alvorlige infeksjonssykdommer, akutt abdomen etc. For tiden kan sykehuset også tilby rutinemessig ultralyd av gravide i uke 18.

*Organisering på fastlandet:* Spesialisthelsetjenesten.



### **3.3.3. Akuttmedisin**

For at man skal kunne ha en bosetning i på Svalbard, er det viktig at befolkningen kan få hjelp til akuttmedisinske tilstander. Denne tjenesten er således svært viktig for befolkningen. Det stilles store faglige krav til personalet for å ivareta denne virksomheten godt. Sykehuset skal kunne håndtere et bredt spekter av akuttmedisinske tilstander og forekomsten innen de ulike diagnosegruppene er små. Utfordringene med hensyn til å kunne opprettholde god kompetanse er derfor store. Dette innebærer at personalet må ha breddekompetanse; alt fra akutt psykiatri (inkl. suicidalitet) til livstruende skader eller sykdommer. Man må også være forberedt på å håndtere fødsler eller akutt syke barn.

Tidsaspektet for overføring til sykehus i Tromsø kan variere. I beste fall kan pasienten være i Tromsø etter 7 timer, men i perioder kan det gå flere dager før man kan få transportert pasienten til videre behandling på fastlandet.

Skader representerer en relativt stor pasientgruppe sammenlignet med vanlig allmennpraksis/legevakt på fastlandet. Dette skyldes delvis typen aktiviteter på Svalbard med kulldrift og mye ferdsel i til dels ekstreme omgivelser, men også det faktum at det er lite eldre personer bosatt på øya. Man har derfor relativt få eldre akutt syke pasienter som krever intensiv behandling.

*Organisering på fastlandet:* Kommunal legevakt og spesialisthelsetjeneste.

### **3.3.4. Smittevern.**

Smittevern utgjør en relativt liten del av virksomheten totalt sett, men de siste årene har det vært en del aktivitet innen smittevern, særlig med vaksinerings. Smittevernansvaret omfatter også andre lands bosetninger på Svalbard. Hoveddelen av den praktiske delen av denne virksomheten som mattilsyn, vaksinerings av hunder og kontroll av drikkevann gjøres av andre. Longyearbyen lokalstyre ved Bydrift, har ansvaret for regelmessig kontroll av drikkevannet. Mattilsynet kontrollerer spisesteder og storkjøkken sammen med helsesøster og lege, mens tilreisende veterinær (fra Mattilsynet) besørger mesteparten av vaksinerings og antistofftester av hunder i forbindelse med forebygging av rabies. Svalbard er det eneste stedet i Norge som har forekomst av rabies. Siste utbrudd var i 2011 hvilket medførte mye arbeid med vaksinerings av lokalbefolkning som hadde vært i kontakt med reinsdyr.

Likeledes var det mye arbeid i forbindelse med vaksinerings mot svineinfluensa i 2009.

En stor del av befolkningen er fra asiatiske land og mange reiser på relativt lange opphold i disse landene. Til tross for forebyggende virksomhet i form av vaksinerings etc., får man likevel tilfelles av «importsykdommer» som ulike diareer (ofte campylobacter eller salmonella) andre sykdommer som Dengue feber.

Ved noen av bosetningene på Svalbard bor personene ganske tett og blir derfor ekstra utsatt for smitte dersom dette først er kommet inn i bosetningen. I 2012 hadde man et influensautbrudd i Ny-Ålesund som berørte mer enn 1/3 av bosetningen.

*Organisering på fastlandet:* Kommunal tjeneste.

### **3.3.5. Helsestasjonsvirksomhet**

Som helsestasjonsvirksomhet regner vi også skolehelsetjeneste, reisevaksinerings og tjeneste til innvandrere. I tillegg har jordmor noe av kontrollene av gravide. Helsestasjonstjeneste utføres omtrent på samme måte som på fastlandet. Svangerskapskontrollene foregår både på helsestasjonen (jordmor) og på poliklinikken (lege). Stort sett har man hyppigere kontroller på Svalbard sammenlignet med retningslinjene for svangerskapsomsorg. De fødende anbefales å reise til fastlandet 2-3 uker før termin. Det er ikke lagt opp til at fødsler skal foregå på Svalbard, men fra tid til annen forekommer det likevel fødsler. Dette har stort sett vært barn som ble født 4-8 uker for tidlig. De siste årene har det vært ca. 1 fødsel per år. Helsestasjonstjenesten har blitt utvidet i 2012, i hovedsak for å styrke tjenesten til ungdom.

*Organisering på fastlandet:* Kommunal tjeneste.

### **3.3.6. Tannhelsetjeneste**

Tannhelsetjenesten består av vanlig kurativ tannhelsetjeneste samt forebyggende tjenester til barn. Til tross for en betydelig økning i befolkningen i Longyearbyen, har ikke tannhelsetjenesten fått økte ressurser. Det er ingen vaktjeneste for tannlegen, men man satser på at tannlegen kan tilkalles ved behov. Fem ganger per år kommer en kjeveortoped til Longyearbyen for å dekke behovet for tannregulering.

*Organisering på fastlandet:* Privat tannlegevirksomhet/fylkeskommunal tjeneste.

### **3.3.7. Redningstjeneste.**

Redningshelikoptertjenesten er en viktig del av den akuttmedisinske tjenesten på Svalbard. De siste årene har det vært ca. 60 oppdrag årlig som var relatert til helsemessige problemstillinger.

I tillegg til at helikopteret er bemannet med redningsmenn som er ambulansefagarbeidere, bemanner også leger og sykepleiere fra Longyearbyen sykehus helikopteret. Tjenesten krever mye trening for å ivareta kompetanse både medisinsk og redningsteknisk.

*Organisering på fastlandet:* Forsvaret/spesialisthelsetjeneste.

For ytterligere beskrivelse av tjenesten, se kapittel 3.6.1.

### **3.3.8. Beredskapsarbeid**

Beredskapsarbeid er også en viktig del av virksomheten. Arbeidet gjøres i nært samarbeid med Sysselmannen som har det overordnede ansvar for beredskap på Svalbard.

Det er også igangsatt et arbeid for å gjøre de deler av beredskapsarbeidet som vedrører Longyearbyen til et ansvarsområde for Longyearbyen lokalstyre.

Røde kors hjelpekorps har en spesielt viktig funksjon på Svalbard. De har kompetanse innen skred- og bre-redning samt betydelig kompetanse innen ferdsel og redning i arktiske forhold. I tillegg har Røde kors hjelpekorps lagret mye utstyr i tilfelle en stor ulykke. Hjelpekorpsen er en viktig del av beredskapen på Svalbard.

*Organisering på fastlandet:* Frivillig, kommunal- og spesialisthelsetjeneste.

### **3.3.9. Fysioterapi**

Longyearbyen sykehus har ansatt 2 fysioterapeuter hvorav 40 % stilling er forbeholdt bedriftshelsetjenester. Tjenesten er hovedsakelig vanlig poliklinisk, kurativ tjeneste, men de kan også gi fysikalsk tjeneste til inneliggende pasienter. I tillegg deltar fysioterapeutene i forebyggende tjenester for barn, bl.a. ved å tilrettelegge for barn med diverse funksjonshemminger. En av fysioterapeutene har videreutdanning som manuell terapeut.

*Organisering på fastlandet:* Privat-, kommunal- og spesialisthelsetjeneste.

### **3.3.10. Bedriftshelsetjeneste (BHT)**

Store norske er den største kunden, men de fleste bedrifter i Longyearbyen bruker BHT ved sykehuset som sin bedriftshelsetjeneste. Det er to sykepleiere ansatt i tjenesten sammen med 40 % legestilling og 40 % fysioterapeutstilling. Tjenesten foregår hovedsakelig i Longyearbyen, men også Svea og Ny-Ålesund er arbeidsplass for de ansatte.

*Organisering på fastlandet: Privat*

## **3.4. Helsetjenester som ikke tilbys**

I Svalbardmeldingen av 2008, går det frem at samfunnet ikke er ment å være et livsløpssamfunn. Dette innebærer at det er en lang rekke tjenester som ikke tilbys, f.eks sykehjemsplasser, sosial stønad og hjemmesykepleie. Likevel er det mulig å bli boende på Svalbard selv om man trenger slik hjelp, forutsatt at man skaffer denne hjelpen privat. Av Plan for norsk helsetjeneste på Svalbard (13) fremgår det at Sosial- og helsedepartementet skal ha pålagt sykehuset å yte hjemmesykepleie når behovet skulle tilsi dette. Dette skal ha blitt tilbudt ved to anledninger i forbindelse med terminal sykdom. Saken ble løst ved å leie inn helsepersonell som bodde i Longyearbyen til å utføre tjenestene da sykehuset ikke hadde bemanning til å yte hjemmesykepleie. Deler av utgiftene ble betalt av pasientens hjemkommune, men hoveddelen ble betalt av Longyearbyen sykehus.

Det er mulig for familier med barn med spesielle behov å bo i Longyearbyen, men dersom de trenger spesielle habiliteringstjenester, må de reise til Tromsø. Longyearbyen lokalstyre er pliktig å gi tilrettelagt tilbud for alle barn i barnehage og grunnskole. Når det gjelder videregående opplæring er imidlertid saken noe annerledes. Longyearbyen lokalstyre er ikke pliktig å tilby videregående opplæring, men har likevel valgt å tilby dette. Det medfører ikke plikt til tilrettelegging for elever med spesielle behov for de som velger å ta slik utdanning lokalt. For barn med større funksjonshemninger vil disse kunne tilbys habilitering i regi av UNN, med samarbeid med Longyearbyen sykehus.

Det er gjort få prinsipielle avgjørelser på hvilke spesialisthelsetjenester sykehuset skal tilby, men det er bestemt at man ikke skal ha fødsler på Svalbard og man skal ikke ha kirurgisk beredskap. Til tross for dette avspeiler sykehusets oppbygning at man innser at kirurgisk beredskap er viktig når man er så langt fra nærmeste fullverdige sykehus. Longyearbyen sykehus har fullt utstyrt operasjonsstue med anestesimuligheter, og sykepleierbemanningen er

bygd opp med kirurgisk beredskap (alltid operasjonssykepleier og anestesisykepleier på vakt). Det eneste som mangler for kirurgisk beredskap er således en kirurg i beredskap. Tradisjonelt sett har man satset på at sykehusets eneste kirurg likevel vil stille opp dersom man trenger akuttkirurgisk intervensjon.

### 3.5. Forskjeller mellom Longyearbyen sykehus og lokalsykehus

Tabell 2 gir en oppsummering av noen forskjeller mellom Longyearbyen sykehus og lokalsykehus.

Tabell 2 Sammenligning av Longyearbyen sykehus og lokalsykehus på fastlandet.

	Longyearbyen	Lokalsykehus
<b>Allmennmedisin</b>	Hoveddelen av virksomheten	Ingen
<b>Sykehusfunksjon</b>	Liten del av virksomheten. Kun ca 160 innleggelser per år.  Ikke fullverdig sykehus  <ul style="list-style-type: none"> <li>Kun enkelte kirurger</li> <li>Kun enkel røntgen. Ikke CT</li> <li>Ikke fullt utbygget laboratorieservice</li> </ul>	Fullt utbygget sykehus.  Har spesialister innen de viktigste akuttmedisinske områder (indremedisin, kirurgi og anestesi).
<b>Forebyggende medisin</b>	Helsesøster, Smittevern etc.	Evt. smittevern
<b>Tannhelsetjeneste</b>	Ca. 2000 konsultasjoner per år	Ingen
<b>Fysioterapi</b>	Vanlig kurativ praksis	Fysioterapi som ledd i behandling av inneliggende pasienter
<b>Bedriftshelsetjeneste</b>	Ja. Ca. 30 medlemsbedrifter	Ingen
<b>Pre-hospital helikoptertjeneste</b>	Redningshelikopter. Bemanning fra sykehuset: lege og /eller anestesisykepleier.	Luftambulanse. Bemanning fra sykehuset: anestesilege
<b>Ambulansetjeneste</b>	Leies av Longyearbyen lokalstyre.	Drives av de enkelte helseforetak

## 3.6. Begrunnelse for dagens organisering av Longyearbyen sykehus

At mange ulike helsetjenester er samlet under et tak eller i en virksomhet, forekommer flere steder, men at det samme personalet yter tjenester i ulike nivåer og innen ulike spesialiteter, er en uvanlig modell. At tjenester fra ulike spesialiteter ytes i samme institusjon og til dels av samme personell vil i den videre beskrivelsen bli kalt en integrert modell. Mens helsetjenesten på fastlandet går mot stadig økende spesialisering har tjenesten på Svalbard blitt værende i den «gamle» modellen hvor en lege skal kunne beherske alle felt av medisinen. Hva er bakgrunnen for dette valget i Longyearbyen og hvilke problemstillinger reiser modellen?

### 3.6.1. Beredskap versus overkapasitet

At man har valgt å fortsatt ha kirurg, operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere ansatt i Longyearbyen er utelukkende av beredskapsmessige årsaker. Med 160 – 200 innleggelser per år og 20 – 80 operasjoner, er det ikke pasientgrunnlag til å ha ansatt 1 kirurg, 3 operasjonssykepleiere og 3 anestesisykepleiere. Til tross for at mange av de akuttmedisinske konsultasjonene er relatert til skader, har man en relativ overkapasitet innen disse yrkesgruppene. Denne kapasiteten brukes i det daglige til andre oppgaver. Kirurgen har oppgaven som arbeidsmedisiner i 40 % stilling samt at han/hun gjør noe allmennmedisin og deltar i legevakt. Sykehuset har kun operasjons- og anestesisykepleiere i kliniske stillinger. Disse ivaretar all sykepleievirksomhet samt mange oppgaver som vanligvis ikke er tillagt sykepleie (laboratorie- og radiografvirksomhet). Ved å la alle leger og sykepleiere gjøre oppgaver utenom eget spesialfelt, utnyttes denne ressursen fullt. Man har således ikke en **reell** overkapasitet for sykehuset som helhet. Prisen man må betale for dette er dårligere kvalitet på en del tjenester, for eksempel blir ikke røntgenbilder like gode når de tas av sykepleiere som ikke har radiografutdanning og har liten erfaring innen feltet. Med gode prosedyrer, blir likevel tjenesten god nok i de fleste tilfeller.

Fram til 1998 var det kirurgisk beredskap i Longyearbyen, men en av konklusjonene i Irtunutvalgets innstilling i 1997 var at dette burde erstattes av økt allmennlegevirksomhet. Alvorlig syke og skadde pasienter skulle overflyttes Tromsø og livstruende blødninger forekom så sjelden at kirurgisk beredskap ikke var nødvendig. Likevel opprettholdt man stillingen for en kirurg og satset på at kirurgen var til stede og ville stille opp på sin fritid ved

behov. I en evaluering som ble gjort i 2001 ble det bemerket at denne løsningen burde formaliseres slik at kirurgen hadde en form for beredskap. Med dagens løsning vil det være kirurg til stede på Svalbard 2,5 av 4 uker (60 ).

Man har således valgt en «mellomløsning» hvor man offisielt ikke har en kirurgisk beredskap, men likevel har det deler av tiden.

### **3.6.2. Faglige utfordringer**

Dagens modell har flere fordeler:

- God utnytting av personalet. Det er kostnadseffektivt.
- Ivaretagelse av breddekompetanse for sykepleiere og leger. (Dette oppleves som positivt av personalet.)

Men modellen har også sine svakheter, først og fremst faglige:

- Det stilles store krav til å opprettholde kompetanse innen eget spesialfelt for kirurger, operasjon- og anestesisykepleiere. Disse yrkesgruppene vil kunne «miste» sin realkompetanse innen eget spesialfelt dersom de ikke får mengdetrening.
- Det stilles store krav til opplæring og vedlikehold av breddekompetanse (spesielt innen akuttmedisin) for alt klinisk personale. Allerede i 1995 ble det estimert at kostnadene for den faglige og sikkerhetsmessige oppdatering for 3 leger og 3 anestesisykepleiere ville beløpe seg til ca. 400 000 kr årlig. Det brukes kun en brøkdel av dette på slik oppdatering i dag.
- Mange aktører (turistoperatører, befolkning, byråkrater, politikere etc.) tror at sykehuset har en kirurgisk beredskap og dermed skapes det en forventning i henhold til dette.

### **3.6.3. Dagens modell – et kompromiss**

Balansegangen mellom økonomisk «forsvarlig» og faglig forsvarlig gjøres i store deler av norsk helsevesen. Det er mange faktorer som spiller inn i en slik vurdering; økonomi, befolkning, nivå på sykehuset, avstand til andre sykehus etc. Den vanskeligste vurderingen er

hva som er faglig «godt nok» i de enkelte sammenhenger. Generelt kan man si at når avstander er store så har man særlig behov for god breddekompetanse, og den beste dybdekompetansen skal være på regionssykehusnivå. Når det gjelder akuttmedisinske tilstander, hvor tid til avansert behandling er viktig, må det imidlertid være mer spesialisert kompetanse, desto lenger avstand man har til et sykehus. I denne sammenheng er det realkompetansen som er viktig, ikke nødvendigvis en bestemt spesialitet.

Pasienter som trenger høyspesialisert kompetanse (eks. kreftbehandling) kan i prinsippet reise hvor som helst for å få denne behandlingen. Pasienter som har livstruende tilstander grunnet f.eks. ufrie luftveier, blødninger, hjerteinfarkt eller alvorlig allergi, må få sin behandling lokalt. Derfor kan man ha følgende mål for sykehuset når det gjelder medisinsk beredskap:

***«Longyearbyen sykehus skal ha god kompetanse innen initial behandling av de fleste akuttmedisinske tilstander inntil pasienten kan få hjelp på/fra fastlandet.»***

Svalbards spesielle forhold med liten befolkning, store geografiske områder og til dels svært lang tid for overføring av pasient til et større sykehus, gjør at løsningene for helsetjenesten også blir spesielle. I fastlandsnorge hadde det aldri vært aktuelt å etablere spesialisthelsetjeneste med så liten befolkning. Å ha et sykehus med vaktberedskap innen kirurgi, indremedisin og anestesi på Svalbard, vil av de fleste bli vurdert som *for* kostbart i forhold til gevinsten. På den annen side må man sørge for at befolkningen og folk som oppholder seg i området får et faglig godt helsetilbud. Dette krever en god akuttmedisinsk kompetanse lokalt samt gode rutiner for samhandling med- og overføring til UNN, Tromsø.

Dagens løsning på Svalbard er et kompromiss mellom nødvendig beredskap gitt store geografiske avstander og hensynet til ressursbruk. Imidlertid endres samfunnet og krav til faglig kompetanse:

- Gode transportmuligheter med fly til og fra fastlandet er endret og folk reiser generelt mer. Dette gjelder også helsepersonell i Longyearbyen som er mer borte fra øygruppen nå enn tidligere.

*Mulig virkning:* Man kan ikke forvente at helsepersonell er tilgjengelig for frivillig beredskap i samme grad som tidligere.



- Næringsvirksomheten er i endring. Med de siste års klimaforandringer ser man at fiske foregår stadig lengre nord. Turismen er stadig i endring.

*Mulig virkning:* Mer fiske lenger nord og dermed flere oppdrag for sykdom og skader til sjøs. Mer ekstremturisme.

- Transport av pasienter til fastlandet endres (både i positiv og negativ retning).

*Virkning:* De siste årene har blant annet EU-regelverk medført dårligere tilgang på luftambulansefly til Svalbard (se 4.2.11). Dette skyldes at pilotene ikke kan være på jobb mer enn maksimum 13 timer. Et oppdrag til Svalbard tar 6-7 timer og dersom pilotene ikke er tilbake i Tromsø innen 13 timer atter at de startet sin vakt, vil de ikke ta oppdraget. Dersom en pasient må overføres til Tromsø kl 02 om natten, vil man ikke påbegynne oppdraget fra Tromsø før etter neste vaktskift kl 07. Det er kjøpt inn nye ambulansefly, men det viser deg at disse ikke kan fly i temperaturer lavere enn -53 grader Celsius. Dette innebærer at store deler av vinterhalvåret er det ikke mulig å fly med ambulansefly til Svalbard. Resultatet ble at Luftambulansen ANS leide inn et svensk jettfly med mannskap i 2 måneder. Tilsvarende skal gjøres i 2012/2013.

- Faglige muligheter og forventninger endres.

*Mulig virkning:* Nye behandlinger/undersøkelser som tilbys på fastlandet, forventes også tilbudt Svalbards befolkning.

De fleste personer som bor eller oppholder seg på Svalbard aksepterer at man ikke kan ha et fullverdig spesialisthelsetilbud på Svalbard. Likevel innebærer ikke dette at de ikke er opptatt av kvalitet på helsetjenesten.

Som illustrasjon kan nevnes at i mange akuttmedisinske miljøer i Norge jobber man for at «Alle i Norge skal kunne nås med helikopter i løpet av 20 minutter». På Svalbard sier man i redningstjenesten: «Det er ingen menneskerett å bli reddet på Svalbard.» De fastboende på Svalbard forstår hva som ligger i dette utsagnet. Forholdene på Svalbard kan være så ekstreme at det ikke er mulig (eller svært risikabelt) å redde alle. Mange turister har imidlertid ikke samme forståelse hverken for vansker med redning eller det faktum at man ikke har et fullverdig spesialisttilbud.

Modellen på Svalbard vil også i fremtiden være et kompromiss mellom beredskap og ressursbruk og derfor avvike fra modellene for helsetjeneste på fastlandet. Selve organiseringen bør imidlertid jevnlig evalueres for å se om den til enhver tid er mest hensiktsmessig ut fra de faglige krav.

## **3.7. Helsetjenester utenom Longyearbyen sykehus**

### **3.7.1. Redningshelikopter**

Redningshelikopter er en essensiell del av helsetjenesten på Svalbard. Dette er eneste måte redningspersonell kan komme til store deler av ansvarsområdet på/rundt Svalbard. Det finnes kun 4-5 mil vei på øygruppen, resten nås via helikopter, snøscooter eller båt.

Redningshelikoptrene drives av Sysselmannen (se 4.2.11 vedrørende finansiering av tjenesten) og er flerbrukshelikopter som også kan brukes til andre formål i Sysselmannens tjeneste. Annen bruk er likevel tilpasset slik at beredskapen alltid ivaretas.

Per 2012 består tjenesten av et stort redningshelikopter av typen Super Puma og et mindre helikopter av typen Dauphin. Begge helikoptrene kan brukes til redning både over land og over sjø, men det minste helikopteret har større begrensninger i dårlig vær og lang avstand fra Longyearbyen. Det er plassert drivstofflagre på strategiske steder på øygruppen slik at rekkevidden til redningshelikopteret skal økes. Redningshelikopteret på Svalbard har hatt oppdrag så langt vekk som nordspissen av Grønland i vest og Frans Josefs land i øst.

Bemanningen på helikopteret består av to piloter, to teknikere (hvorav en er heisoperatør) og en redningsmann. I alt er det tre redningsmenn knyttet til tjenesten og disse er ambulansefagutdannet og har spesialkunnskap innen redning i arktiske strøk.

Det er 70-80 redningsoppdrag per år hvorav 60 – 65 av disse involverte (mulige) medisinske problemstillinger. I en registrering av virksomheten fra 2009 – 2012 var 1/3 av pasientene som ble hentet med helikopter fastboende, 1/3 turister og den siste tredelen var fiskere eller sesongarbeidere.

### **3.7.2. Ambulanse**

Longyearbyen lokalstyre har en ambulanse som bemannes av brannmenn. Ingen av disse er fagutdannet som ambulansefagarbeidere, men har førstehjelpsutdanning. Tjenesten drives av Longyearbyen lokalstyre, og Longyearbyen sykehus betaler kr. 37500 per måned for tjenesten.

### **3.7.3. Sykehuset i Barentsburg**

Sykehuset i Barentsburg har sengekapasitet til 20, men kan ta i mot rundt 40 pasienter i krisesituasjoner. Bemanningen består i dag av en kirurg, en allmennlege/ultralyslege en tannlege, to sykepleiere og en renholdsassistent. I tillegg til hovedoppgavene utfører personalet arbeidsoppgaver som farmasøyt, laborant, tannlegeassistent og radiograf. Sykehuset har rundt 1300 henvendelser årlig, hvorav ca. 450 er førstegangshenvendelser. Tannlegen behandler rundt 150 personer årlig. I tillegg gjøres en del forebyggende oppgaver. Dette dekker det daglige behov for behandling ved vanlige sykdommer og mindre ulykker, men sykehuset er ikke bemannet eller utstyrt for å ta hånd om flere alvorlig skadde ved større ulykker.

Det er ikke noe formalisert samarbeid mellom sykehuset i Barentsburg og Longyearbyen sykehus, men man hjelper hverandre i situasjoner hvor dette trengs. Som eksempel kan det nevnes at flere norske turister har blitt tatt hånd om ved sykehuset i Barentsburg i forbindelse med uhell i området. Selv om det er norske redningsmannskaper som har ansvaret for redning også i russiske områder, har russiske mannskaper rykket ut med lege dersom vær- og føreforhold har vært slik at norske redningsmannskaper ikke har kunnet gjøre oppgaven. Tilsvarende hjelper Longyearbyen sykehus dersom det er alvorlig syke eller skadde fra Barentsburg.

Pasienter fra Barentsburg regnes som «selvbetalende» og Longyearbyen sykehus krever betaling i henhold til takster. Norske pasienter har ikke blitt avkrevd betaling i Barentsburg.

### **3.7.4. Helsetjenester i andre bosetninger**

Øvrige bosettinger har ikke fast medisinsk beredskap, men har kompetanse og utstyr for å kunne iverksette livreddende førstehjelp ut fra det lokale risikobildet. Utenlandske

bosetninger som Barentsburg og Hornsund får materiell fra egne arbeidsgivere i de respektive landene.

Når det gjelder de norske bosetningene på Bjørnøya, Hopen, Svea og Ny-Ålesund har alle disse avtale med Longyearbyens sykehus om å ha medikamenter og utstyr utplassert i bosetningen. Utstyr og medikamenter finansieres av de respektive operatørene, mens helsetjenester fra Longyearbyen sykehus betales som ved tjenester i Longyearbyen.

### **3.7.5. Private aktører**

I perioder har det vært drevet noe privat helsetjeneste i Longyearbyen. Dette har inkludert 1 allmennlege/bedriftslege, en gestaltterapeut, en naprapat og en fysioterapeut i 50 % stilling. Optiker besøker Longyearbyen 2 ganger per år. Alt dette er private kommersielle tjenester.

## **3.8. Samarbeidende instanser**

Longyearbyen er et lite samfunn hvor de ulike lokale aktørene har et nært samarbeid. Som et eksempel kan nevnes at etter terrorhandlingene på Utøya 22. juli 2011 hvor 5 ungdommer fra Longyearbyen var involvert, var det et nært samarbeid mellom Sysselmannen, Kirken, Longyearbyen sykehus og Longyearbyen lokalstyre.

### **3.8.1. Sysselmannen**

Sysselmannen er Regjeringens øverste organ på Svalbard. De er underlagt Justisdepartementet og har både en fylkesmannsfunksjon og en politifunksjon på Svalbard (28).

Bortsett fra at tilsynsmyndighet for Longyearbyen sykehus er tillagt Fylkesmannen i Troms, er Sysselmannen det overordnede organ for smittevern og beredskap på Svalbard (26). I tillegg er de, gjennom sin politiavdeling, utøvende organ ved beredskapsarbeid og redningsoppdrag. Samarbeidet mellom Sysselmannen og Longyearbyen sykehus fungerer meget godt.

Sysselmannens redningshelikopter er en essensiell ressurs innen redning og prehospital virksomhet.

### **3.8.2. Røde kors hjelpekorps**

Røde Kors Hjelpekorps sine mannskaper har spesialkunnskap innen ferdsel og redning på Svalbard. De har egne bre- og skredredningsgrupper som vil bli brukt under denne type ulykker. Organisasjonen har også et utdanningstilbud som er med på å øke kompetansen innen førstehjelp og ferdsel i arktiske forhold.

### **3.8.3. Kirken på Svalbard**

Kirken er en viktig samarbeidspartner på mange områder. De dekker funksjonen som sykehusprester gjør på andre sykehus. I tillegg er de viktige omsorgspersoner ved spesielle eller store hendelser.

### **3.8.4. Longyearbyen lokalstyre**

Sykehuset og lokalstyret samarbeider på mange felt. (Barnevern, skole, PPT, fysisk fostring etc). Der er Longyearbyen lokalstyre som drifter ambulansene i Longyearbyen. Det finnes kun en bilambulanse som bemannes av personell fra Longyearbyen brannvesen. I akuttmedisinske situasjoner skal alltid personell fra sykehuset rykke ut samtidig med ambulansen.

### **3.8.5. Apotek**

I 2009 ble Apotek Spitsbergen etablert i Longyearbyen. Dette medførte at pasientene nå kunne få kjøpt medikamenter lokalt. Tidligere ble alle resepter sendt via telefax til apotek i Tromsø som sendte medisinene per post. Sykehuset hadde den gang et ganske omfattende apotek slik at pasienter kunne få kjøpt de nødvendige medisiner lokalt. Fra 2011 har Apotek Spitsbergen også levert alle medisiner til sykehuset.

### **3.8.6. UNN, Tromsø**

Samarbeidet med UNN Tromsø er godt, og dette innebærer muligheter for diskusjon med ulike spesialister samt at personell fra Tromsø vil kunne komme til Svalbard for å bidra innen sitt spesialfelt. Det bemerkes dog at sykehuspersonell fra fastlandet ikke kan erstatte den primærmedisinske kompetanse/lokalkunnskapen som er en grunnpilar på Svalbard.

### **3.8.7. NAV**

I 1981 ble det etablert et trygdekontor i Longyearbyen. Kontoret var den gang underlagt Harstad trygdekontor. NAV i Longyearbyen er i dag underlagt NAV i Tromsø og har en ansatt. Kontoret behandler sykemeldinger inntil et år for alle bosatt i Longyearbyen mens andre trygdesaker behandles ved pasientens NAV-kontor på fastlandet.

Det finnes ingen tjenester knyttet til arbeidsledighet i Longyearbyen.

## **4. Finansiering av Longyearbyen sykehus**

Inntil Staten overtok helsetjenestene på Svalbard i 1981, var tjenesten finansiert av Store norske. Longyearbyen sykehus fikk tilført en ramme fra Rikstrygdeverket og pasientene betalte en fast egenandel. I forbindelse med utarbeiding av plan for norsk helsetjeneste på Svalbard i 1994, ble det forsøkt å beregne hva helsetjenesten på Svalbard vil koste. Man kom den gang frem til et estimat på 40 millioner kroner uten at det fremgår hvordan dette er beregnet (13). Sykehusets kostnader for 2011 var 25,4 millioner kroner.

Fra 2002, da helseforetaksmodellen ble innført, ble finansieringsordningen endret. De regionale helseforetakene fikk totalansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region og Helse Nord RHF fikk rammen til Longyearbyen sykehus. I forbindelse med omleggingen ble Longyearbyen sykehus underlagt UNN, Tromsø.

### **4.1. Avtaler med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)**

Staten gir refusjoner til fastleger og avtalespesialister, samt til poliklinisk virksomhet ved statlige helseinstitusjoner og helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak gjennom et eget takstsystem for offentlige poliklinikker.

#### **4.1.1. Primærhelsetjeneste og private spesialister**

Fastleger i Norge mottar i dag et basistilskudd fra kommunene samt refusjon fra folketrygden (29).

*Fastlegeforskriften 2012*

*§ 9. Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege m.m.*

*Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag, for det arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) på listen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid.*

En forutsetning er at det er inngått en fastlegeavtale med kommunen. Privatpraktiserende spesialister må ha en avtale med det regionale helseforetaket for å få refusjon (30).

*Folketrygdloven 1997*

*§ 5-4. Legehjelp*

*Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.*

*Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd, eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a sjette ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.*



Stønaden gis i henhold til Forskrift om dekning av legeutgifter (31) og satsene er i henhold til Normaltariffen. Det ytes også stønad til svangerskapskontroller og prevensjonsveiledning utført av jordmor i samarbeid med lege.

*Forskrift om dekning av legeutgifter*

*§ 2.*

- 1. Utgifter til legehjelp hos allmennpraktiserende lege og privatpraktiserende spesialist dekkes etter takstene i kapittel II. ....*
- 2. Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer kan inngå avtale med legen om direkte oppgjør, jf. folketrygdloven § 22-2 andre ledd. Stønaden utbetales i så fall direkte til legen. Legen har da ikke rett til å kreve av medlemmet den delen av legehonoraret som folketrygden dekker. Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer fastsetter nærmere regler for direkte oppgjør. Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer kan også inngå avtale med Den norske legeforening om direkte oppgjør mellom Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer og medlemmer av Den norske legeforening. Slik avtale erstatter med kollektiv virkning individuelle avtaler med medlemmer av Den norske legeforening.*

#### **4.1.2. Offentlige institusjoner**

Systemet som gjelder offentlige institusjoner reguleres av «Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak» og forvaltes av HELFO (32).

*Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp.*

*§ 1. Godtgjørelse av utgifter til poliklinisk helsehjelp ytes dersom helsepersonell er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom, for legemsfeil, for veiledning i familieplanlegging, ved svangerskap og nedkomst.*

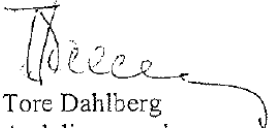
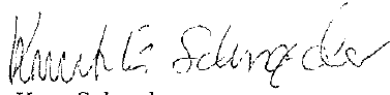
*§ 2. Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandeler etter denne forskriften kan kreves.*

Det er et krav at det skal foreligge en fastlegeavtale med kommunen for å få refusjon som fastlege og at sykehuset skal motta driftstilskudd fra et regionalt helseforetak for å få refusjon som spesialistpoliklinikk.

#### 4.1.3. Avtaler mellom HELFO og Longyearbyen sykehus.

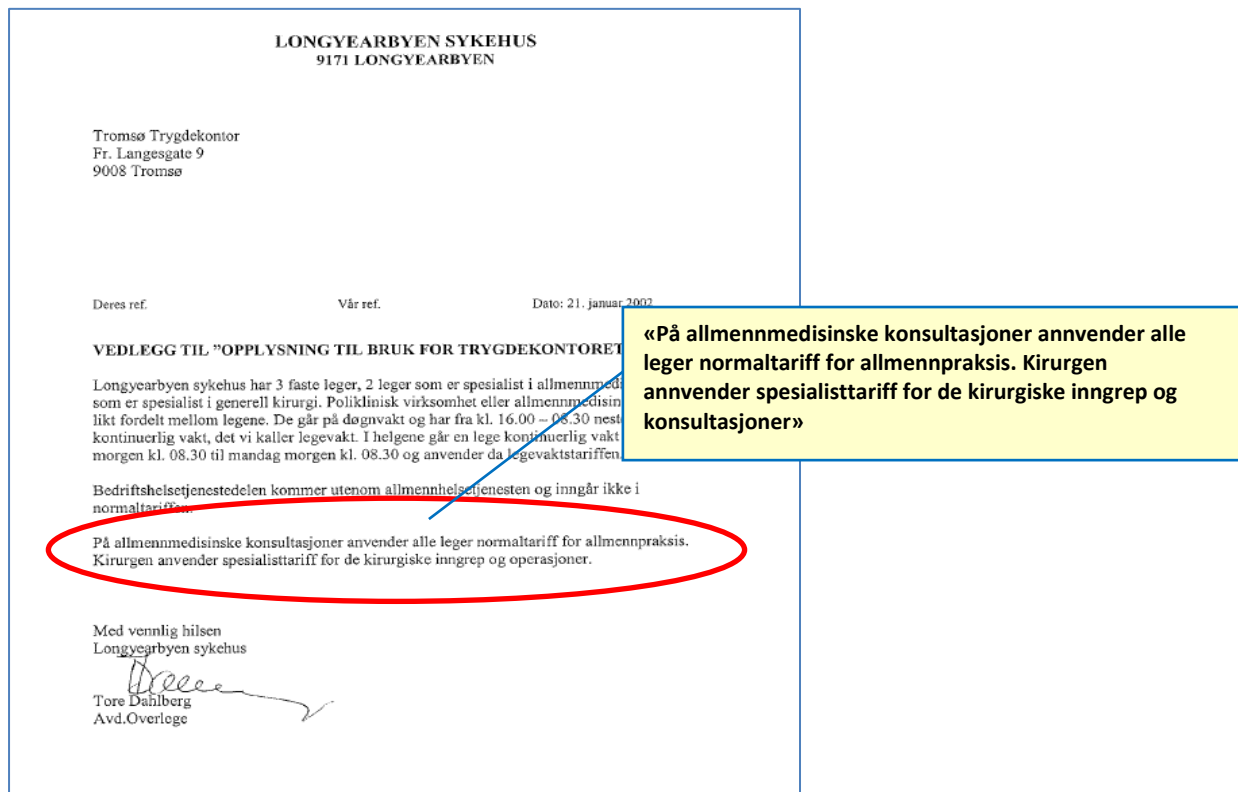
Det har vært vanskelig å finne hvilke avtaler som er inngått mellom HELFO og Longyearbyen sykehus. Det foreligger imidlertid en avtale fra januar 2002 i forbindelse med helsereformen. Avtalen er inngått mellom Tromsø trygdekontor og Longyearbyen sykehus og er en mønsteravtale som gjelder leger som ikke er medlem av Den norske legeforening (Vedlegg 1). Denne avtaleformen er sannsynligvis valgt fordi Longyearbyen sykehus ikke ble omfattet av den kollektive avtalen mellom HELFO og legeforeningen (disse avtalene gjaldt allmennleger og privatpraktiserende spesialister). Mønsteravtaler var ment å gjelde enkeltleger, men i dette tilfellet er den sannsynligvis ment å gjelde alle leger ved sykehuset.

Fra sykehusets side (Longyearbyen og UNN Tromsø), ble det antatt at Longyearbyen sykehus kunne bruke de gjeldene avtaler inngått med UNN vedrørende oppgjør fra trygdekontoret om refusjon etter Normaltariffen (Figur 10). (Vedlegg 2)

<p>I tråd med de intensjoner som ligger i avtalen innen helseforetaket UNN hvor Longyearbyen sykehus er innlemmet, kan LS anvende de avtaler og bestemmelser som gjelder helseforetaket for øvrig, og som tjener driften og befolkningen på beste måte.</p> <p>Undertegnede mener at Longyearbyen sykehus kan anvende avtale som gjelder oppgjør for all legehjelp som pliktes godtgjort av folketrygden etter "Forskrifter om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt" i medhold av folketryktdoven § 5-4.</p>				
 Tore Dahlberg Avdelingsoverlege Longyearbyen sykehus		 Knut Schrøder Direktør Universitetssykehuset i Nord-Norge HF		
Postadresse:	Telefon:	Telefax:	E-post:	Org.nr.:

Figur 10 Vedlegg til avtale mellom Longyearbyen sykehus og Tromsø trygdekontor

I et annet vedlegg til mønsteravtalen er det beskrevet at normaltariff for allmennpraksis brukes for allmennmedisinske konsultasjoner mens kirurgen anvender spesialisttariff for privat kirurgisk virksomhet (Figur 11). Hele teksten fremgår av vedlegg 3.



Figur 11 Utklipp fra vedlegg til avtale mellom Longyearbyen sykehus og Tromsø trygdekontor

Det ble således i 2002 innført en innsatsstyrt finansiering for deler av tjenesten ved sykehuset.

Dagens finansieringsmodell kan se enkel ut. Helse Nord RHF gir UNN en årlig ramme for tjenestene på Svalbard. I tillegg til rammen fra Helse Nord RHF får Longyearbyen sykehus inntekter i form av diverse refusjonsordninger som er innsatsstyrt. Både primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten får refusjoner gjennom HELFO. Sykehuset har også en bedriftshelsetjeneste (BHT) som genererer betydelige inntekter.

Tidligere fikk også fysioterapitjenesten refusjoner, men dette ble endret fra 1. januar 2010 slik at foretakene fikk en rammeoverføring for denne tjenesten.

Ingen av de eksisterende refusjonsordningene er ment for en tjeneste lik den som finnes på Longyearbyen sykehus hvor det er en miks av primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dagens praksis gir bl. a. utslag i at pasientene må betale ulik egenandel, avhengig av hvilken lege som tilfeldigvis er på vakt uten at dette har noen god begrunnelse.

Gjestepasienter fra andre regioner eller fra utlandet betaler en fast døgnpris ved innleggelser og det er uvisst hva som ligger bak prisfastsettelsen av dette beløpet.

Alt i alt er dette et komplisert finansieringssystem som også er ulogisk for pasientene slik den praktiseres i dag. Nedenfor kommer en nærmere beskrivelse av de ulike inntektsgruppene.

## **4.2. Overføringer fra Helse Nord RHF til UNN**

Helse Nord har i sin inntektsfordelingsmodell valgt å unnta Svalbard fra den objektive fordelingsmodellen (33). UNN gis en «særskilt finansiering» fra Helse Nord for å drifte helsetjenestene på Svalbard. For 2012 utgjør denne rammebevilgningen 20,2 millioner kroner (personlig meddelelse fra Jan-Petter Monsen, Helse Nord RHF). Hvordan størrelsen på beløpet er beregnet vites ikke, men det er sannsynlig at den er prisjustert fra tidligere regnskap. (For 2012 inkluderer dette en økning fra 2011 for å bedre beredskapen med en ekstra lege.) Helse Nord RHF har også et prinsipielt ønske om at all særskilt finansiering skal fases inn i den eksisterende modellen for inntektsfordeling. Dette kan synes vanskelig for Longyearbyen sykehus grunnet kompleksiteten (eller enkelheten) i virksomheten. Det må i så fall lages en egen modell da Dose Relaterte Grupper (DRG) ikke kan brukes ned på så små enheter som man har ved Longyearbyen sykehus.

### **4.2.1. Rammefinansiering**

Av Tabell 3 fremgår at Longyearbyen sykehus har fått en rammeoverføring fra UNN i 2010 på kr. 16 656 000 og i 2011 kr. 18 501 000.

De resterende inntektene kommer fra innsatsstyrt finansiering. Vi har her valgt å definere inntekter fra Bedriftshelsetjenesten som innsatsstyrt i og med at disse avtalene forhandles frem med ulike bedrifter.

Tabell 3 Regnskap Longyearbyen sykehus 2010-2011 (i hele tusen kroner)

	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Endr regnskap 2010 - 2011
Salgs- og driftsinntekter	-7 231	-6 874	-357
Direkte Pasientkostnader	1 240	1 148	92
Lønnskostnad	16 037	18 019	-1 982
Andre driftskostnader	6 610	6 208	402
<b>Total</b>	<b>16 656</b>	<b>18 501</b>	<b>-1 845</b>

#### 4.2.2. Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Den innsatsstyrte delen av finansieringen utgjør ca. en tredel av inntektene til Longyearbyen sykehus og er således viktig. De årlige inntektene til Longyearbyen sykehus er ca. 7 millioner kroner i form av egenandeler, refusjoner og betaling for bedriftshelsetjeneste (Tabell 3).

Fordelingen fremgår av Tabell 4. Regnskap for Longyearbyen sykehus for 2011 var på totalt 18,5 millioner kroner med totale kostnader på 25375 kroner.

Tabell 4 Fordeling av innsatsstyrt finansiering i 2011 (i hele tusen kroner)

	Regnskap
Fellesfunksjoner og avsk.	-58
Poliklinisk virksomhet og innleggelser	-3 345
Helsestasjon	-22
Bedriftshelsetjenesten, Longyearbyen	-1 741
Fysiskalsk tjeneste	-142
Tannhelsetjeneste	-1 563
Kjøkken/Renhold	-2
<b>Total</b>	<b>-6 873</b>

#### 4.2.3. Allmennmedisinske tjenester, inklusive legevakt.

De allmennmedisinske tjenestene leveres delvis av spesialister i allmennmedisin og delvis av kirurger. Dette utgjør den største delen av sykehusets virksomhet og er også den viktigste delen av sykehusets ISF (Tabell 4). Alle inntekter, både egenandeler og refusjoner, går til sykehuset. Legene har fast lønn.

Tjenesten finansieres etter Normaltariffens takster for allmennpraktiserende leger i fastlegeordningen og takster for privatpraktiserende spesialister. Da allmennlegetjenesten i Longyearbyen ikke er en del av fastlegeordningen er det enkelte takster sykehuset ikke kan bruke.

Fastlegetariffen er ment for førstelinjetjeneste mens spesialisttariffen er ment for annenlinjetjeneste hvor det først er gjort en vurdering av allmennlege som har henvist pasienten videre. Undersøkelse og behandling hos spesialist er antatt å være mer ressurskrevende, og takstene avspeiler denne forskjellen ved at pasientenes egenandeler + refusjon fra HELFO er høyere i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten (Tabell 5). Dersom allmennlegen er spesialist i allmennmedisin er tjenesten regnet å være av bedre kvalitet og egenandeler og refusjon er noe høyere sammenlignet med ikke-spesialister.

Undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten er således vanligvis betydelig billigere enn i annenlinjetjenesten.

Tabell 5 Egenandel og refusjoner ved konsultasjoner på dagtid (2012)

	<b>Egenandel</b>	<b>Refusjon</b>
<b>Fastlege uten spesialitet</b>	136.-	2.-
<b>Spesialist i allmennmedisin</b>	180.-	48.-
<b>Privatpraktiserende spesialist</b>	307.-	0.-

Ved Longyearbyen sykehus er imidlertid situasjonen spesiell i og med at alle legene, også sykehusspesialister, deltar i primærhelsetjenesten. Sykehuset har valgt å la kirurgene generere egenandeler og refusjoner etter takster for privatpraktiserende spesialister uansett om problemstillingene gjelder vanlig allmennmedisin eller problemstillinger innen eget spesialfelt. Dette prinsippet bryter med prinsippet om økt honorar for økt kompetanse.

Privatpraktiserende spesialister på fastlandet inngår vanligvis ikke i vaktordninger og det finnes derfor ikke takster for spesialister utenom vanlig dagarbeidstid. Utenom vanlig dagarbeidstid kan således ikke kirurgene på Longyearbyen sykehus bruke spesialisttakster og bruker derfor takster for allmennmedisin. Da kirurgene ikke innehar spesialiteten i allmennmedisin, får sykehuset kun egenandeler/refusjon for ikke-spesialister i allmennmedisin uansett om kirurgen gjør kirurgiske oppgaver eller allmennmedisinske oppgaver (Tabell 6).

Tabell 6 Egenandel og refusjoner ved konsultasjoner utenom vanlig dagarbeidstid (2012)

	<b>Egenandel</b>	<b>Refusjon</b>
<b>Fastlege uten spesialitet</b>	229.-	15.-
<b>Spesialist i allmennmedisin</b>	269.-	73.-
<b>Privatpraktiserende spesialist</b>	-	-

Største delen av arbeidet til kirurgene er allmennmedisin og kirurgene er å regne som ikke-spesialister i denne sammenhengen. Imidlertid kan en sykehusspesialitet være relevant for mange problemstillinger i allmennmedisin (f.eks. åreknuter, magesmerter, chirurgia minor). I tillegg leverer sykehusspesialistene også spesialiserte tjenester. Dette gjelder spesielt innen ortopedi og kirurgi. Det kan være logisk at slike tjenester kan generere spesialisttakst.

I korte trekk genererer sykehusspesialistene (kirurger/ortopeder):

- spesialistinntekt for all tjeneste i vanlig arbeidstid på hverdager uavhengig av om dette er førstelinjetjeneste eller spesialisttjeneste
- ikke-spesialistinntekter for all tjeneste utenom vanlig arbeidstid, selv om dette er kirurgisk virksomhet.

Og allmennmedisinere generer

- inntekt som spesialist i allmennmedisin på all virksomhet selv om de gjør jobb som vanligvis gjøres i spesialisthelsetjenesten (reponering av brudd etc).

#### 4.2.4. Egenandeler

Denne måten å bruke takstene på har også virkning på egenandelene: Pasienter betaler kr. 180 i egenandel dersom de blir behandlet av en allmennlege mens de betaler kr. 307 i egenandel dersom samme behandling gjøres av en kirurg (Tabell 5). Pasienten kan ikke velge hvilken lege de skal bruke ut fra egenandeler. På vakttid er tilsvarende egenandeler hhv. kr. 269 og kr. 229 (Tabell 6).

#### **4.2.5. Spesialisttjeneste**

Sykehuset har en stilling for kirurg i tillegg til 3 stillinger for spesialister i allmennmedisin (for tiden er en av disse besatt med kirurg). I perioder er ulike sykehusspesialister vikar på sykehuset, ofte ortopeder. Det gjøres således en del spesialistarbeid innen kirurgisk- og ortopedisk fagfelt. I tillegg gjør allmennlegene noe kirurgisk arbeid ut over det som vanligvis ligger innunder vanlig legevaksarbeid.

Refusjoner og egenandeler for slike spesialisttjenester utført av allmennlege følger samme modell som for vanlig allmennpraksis. Det ytes også tjenester som kan karakteriseres som spesialisthelsetjeneste i forbindelse med innleggelse i sykehus. Også allmennlegene deltar i dette arbeidet. Disse tjenestene er dels finansiert gjennom rammebevilgningen til sykehuset og dels gjennom gjestepasientrefusjon.

#### **4.2.6. Fysioterapitjenesten**

Inntil for få år siden hadde fysioterapeutene en ordning tilsvarende privatpraktiserende fysioterapeuter på fastlandet hvor tjenesten er finansiert gjennom egenandeler, kommunalt driftstilskudd og refusjoner fra HELFO. Rammetilskuddet til Longyearbyen sykehus dekket tilsvarende det kommunale driftstilskuddet og fysioterapeutene i Longyearbyen hadde refusjon fra HELFO for hver behandlet pasient. Fra 1. januar 2010 ble dette endret og sykehuset ble tilført en rammebevilgning for å dekke hele driften, bortsett fra egenandeler.

#### **4.2.7. Tannhelsetjenesten.**

Tannhelsetjenesten fungerer som en fylkeskommunal tannhelsetjeneste med ansvar for barn og unge i tillegg til vanlige konsultasjoner. Tjenesten er gratis for barn og unge opp til og med 18 år. Ungdom 19-20 år får ungdomspris på behandlingen, dvs de betaler kun 25 % av fullt honorar (som i fylkeskommunen). Egenandeler og refusjon utgjør for tannbehandling ca. 1,5 millioner kroner per år (Tabell 4). Selv om tannhelsetjenesten ikke er fylkeskommunal, gir Longyearbyen sykehus et tilbud til hele befolkningen som tilsvarer den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. For den kurative delen utover disse gruppene, betaler pasienten for behandlingen. Kun enkelte grupper har krav på refusjon og dette utgjør svært lite på Svalbard.



Sykehuset gir imidlertid kjeveortopedisk tjeneste (til regulering) og en del av disse barna har rett til refusjon av hele eller deler av behandlingen. Denne tjenesten er sannsynligvis samfunnsøkonomisk gunstig da behandlingen gjøres på barn som eller ville måttet reise til fastlandet i følge med foreldre for regelmessig kjeveortopedisk behandling.

Tannlegen blir også benyttet i akutsituasjoner, dvs. han har en slags beredskap. Det er ingen økonomisk kompensasjon denne beredskapen.

#### **4.2.8. Gjestepasienter**

Polikliniske pasienter genererer inntekter til sykehuset etter takster definert i Normaltariffen (34). Pasienter fra land utenom EU, regnes som «selvbetalende». Pasienter som legges inn på Longyearbyen sykehus og ikke har hjemkommune i Nord-Norge, regnes som gjestepasienter.

Sykehuset har tre typer gjestepasienter:

- Pasienter fra helseregioner utenom Helse Nord RHF
- Pasienter fra EØS- land eller Sveits
- Pasienter fra land utenom EØS eller Sveits. (Selvbetalende)

Alle disse pasientene genererer inntekter til sykehuset. Bortsett fra at selvbetalende pasienter betaler for alle tjenester, generer gjestepasienter kun inntekter ved innleggelse i sykehuset. Inntektene er satt til kr 8000 for dagopphold, kr 12000 pr døgn for vanlig døgnopphold og kr 20000 for intensivdøgn. Begrunnelsen for disse takstene vites ikke, men er sannsynligvis satt skjønnsmessig fra UNN Tromsø. Takstene for gjestepasienter ble i 2010 økt fra hhv kr. 4000 (dagopphold), kr. 8000 (døgnopphold) og 12000 (intensivdøgn). Ut fra opplysninger fra UNN, finnes ikke tilsvarende takster i Tromsø, Harstad eller Narvik (som alle er en del av UNN), men regninger for gjestepasienter ved disse sykehusene beregnes ut fra DRG-vekting.

I 2011 var inntektene henholdsvis 1 120 000 kroner, 110 000 kroner og 450 000 kroner fra de tre gruppene. Totalt var inntektene fra gjestepasienter ca. 1,7 millioner kroner og dette representerer således en viktig del av inntektene til sykehuset.

#### **4.2.9. Bedriftshelsetjenesten**

Bedriftshelsetjenesten ved sykehuset gir bedriftshelsetjeneste til mer enn 30 bedrifter med ca. 1100 ansatte. BHT har for tiden 2,8 stillingshjemler hvorav 2 er sykepleiere, 0,4 lege og 0,4 fysioterapeut. Inntektene beregnes ut fra antall ansatte i bedriftene samt at det er inngått særavtale om utvidet tjeneste for noen store bedrifter.

Den totale inntekt fra bedriftshelsetjeneste ligger pt. på ca 1,7 millioner kroner, men det foreligger planer om reforhandlinger av avtaler.

#### **4.2.10. Tjenester dekket av UNN**

Deler av kostnadene med Longyearbyen sykehus dekkes av modersykehuset. UNN får rammeoverføringer fra Helse Nord RHF tilsvarende budsjettet i Longyearbyen. Mesteparten av dette går direkte til driften av Longyearbyen sykehus. I tillegg er det en del funksjoner som dekkes av UNN. Eksempler på dette er IT-support, noe utstyr, telemedisin til røntgen og videoassistert akuttmedisin samt administrasjon (lønn etc.).

#### **4.2.11. Kostnader utenom rammebevilgningene til UNN**

Helse Nord RHF har betydelige kostnader for å opprettholde helsetjenesten på Svalbard som ikke kommer inn under rammebevilgningene til UNN. Dette finansieres i hovedsak gjennom to ansvarlige selskap (ANS); Pasientreiser ANS og Luftambulansetjenesten ANS. Begge selskapene eies av alle helseregionene i Norge, men de har litt ulik dekning av utgifter relatert til Svalbard.

##### **Pasientreiser ANS**

Pasientreiser ANS dekker utgifter til reise til spesialistbehandling eller fødsler. Selv om befolkningen på Svalbard er liten, blir likevel utgiftene relativt store. Dette fordi all reise er dyr i og med at det alltid inkluderer minimum flyreise til Tromsø og 1 overnatting. Der man på fastlandet kanskje betaler en drosjeregning på 3-400 kroner, blir utgiftene på for pasienter fra Svalbard gjerne 3-4000 kroner. Ofte må pasienten ha flere overnattinger på hotell. I en del tilfeller reiser pasienten også til andre steder av landet, hovedsakelig nær hjemstedet. Dette blir ikke nødvendigvis dyrere da de ofte kan overnatte gratis. Enkelte pasienter har gått til behandling i Tromsø regelmessig i mange år (psykolog eller psykomotorisk behandling).

Alle utgiftene til pasienter fra Svalbard dekkes av Pasientreiser ANS på lik linje som for pasienter ellers i landet.

## **Luftambulansen ANS**

Luftambulansen ANS eies på samme måte av de fire regionale helseforetakene. De har ansvaret for den flyoperative delen av luftambulansetjenesten til Svalbard («fixed wing») samt en del medisinsk teknisk utstyr i Sysselmannens helikopter. Den medisinske delen av tjenesten leveres av Longyearbyen sykehus.

### «Fixed wing» ambulanse (ambulansefly)

Ved transport av pasient som ikke kan reise med vanlig rutefly fra Svalbard til fastlandet brukes flyambulanse. Det har vært en jevn økning i bruk av denne tjenesten. Kostnadene for å opprettholde tjenesten til Svalbard har vært store de siste årene. Det er kjøpt inn nytt materiell som har store begrensninger i regulariteten i flygingene, spesielt om vinteren. Dette har medført dyre reserveløsninger som kan illustreres ved at man i mars/april 2012 måtte leie inn et større fly med mannskap til en kostnad av 6 millioner kroner for 2 måneder. Ordningen vil videreføres for vintersesongen 2012-2013 til en kostnad av 23 millioner kroner.

Luftambulansetjenesten ANS har et «sørge for» ansvar for denne virksomheten.

### «Roto wing» luftambulanse (helikopterambulanse)

Når det gjelder luftambulansetjeneste i form av helikopter, har ikke Luftambulansetjenesten ANS et tilsvarende «sørge for» ansvar. Helikoptertjenesten på Svalbard er en redningshelikoptertjeneste som finansieres av Justisdepartementet gjennom Sysselmannen på Svalbard. Longyearbyen sykehus leverer medisinske tjenester redningshelikopteret. Det er ikke formalisert at Luftambulansetjenesten ANS skal levere medisinsk utstyr til helikopteret, men det meste av dette utstyret leveres likevel av dem. Dette er imidlertid kun begrenset til å gjelde medisinsk teknisk utstyr og ikke forbruksvarer.

Noen av oppdragene på Svalbard er definert som ambulanseoppdrag. Disse betales av Longyearbyen sykehus, mens redningsoppdrag betales av Sysselmannen. Definisjonen av ambulanseoppdrag versus redningsoppdrag har vært flytende, men Longyearbyen sykehus dekker nå kun helikopteroppdrag til andre flyplasser på Svalbard, det vil si alle oppdrag til

Svea og Ny-Ålesund. Dersom pasienten ikke er hjemmehørende i Nord Norge, vil beløpet viderefaktureres til pasientens lokale helseforetak. Redningsoppdrag er alltid et samarbeid mellom flere aktører (Figur 12).



Figur 12 Redningsaksjoner er alltid et samarbeid mellom ulike aktører. Her fra en hendelse hvor en isbjørn (i midten) drepte en person og skadet fire andre. Redningsmann fra helikopteroperatør (Airlift) arbeider med en pasient sammen med lege fra sykehuset. Sysselmannen (til venstre) ivaretar etterforskning og sikkerhet. I tillegg til at man ofte arbeider under vanskelige værforhold, må alt arbeid utendørs foregå bevæpnet.

## 5. Vurdering dagens modell ved Longyearbyen sykehus

Etter helsereformen i 2001 som medførte opprettelsen av helseforetak fra 2002, ble ansvar for all helsetjeneste i Longyearbyen lagt under UNN. Tjenesten i seg selv forandret ikke karakter, men finansieringen gikk over fra å være rent rammefinansiert (bortsett fra egenandeler for pasientene) til å bli delvis innsatsstyrt gjennom bruk av Normaltariffen både for primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Hoveddelen av finansieringen er imidlertid fremdeles som en rammefinansiering men nå med et tillegg av innsatsstyrt finansiering. Modellen er nøye beskrevet i kapittel 4 og i dette kapitlet vil modellen bli vurdert med tanke på om det er et behov for å endre modellen.

Det vil bli gjort vurderinger i relasjon til følgende problemstillinger:

- Er modellen egnet for å kunne styre helsetjenesten i en ønsket retning
- Gir modellen forutsigbarhet for pasientbetaling (egenandeler).
- Størrelsen på administrasjonskostnadene.
- Samsvarer modellen med intensjoner i lover, forskrifter og inngåtte avtaler.
- Modellens økonomisk risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset.

Det vil ikke bli vurdert om størrelsen av dagens finansiering er tilstrekkelig for å kunne ivareta dagens oppgaver. For å kunne gjøre en slik vurdering må det gjøres et strategiarbeid hvor det bl.a. defineres tydelig hvilke oppgaver som skal løses lokalt. (Diskusjon rundt ulike finansieringsmodeller burde ideelt vært tatt som en del av en helhetlig vurdering av helsetjenesten.)

## **5.1. Er modellen egnet for å kunne styre helsetjenesten i en ønsket retning**

### **5.1.1. Insentiv-effekter generelt**

I utgangspunktet er det ønskelig at en finansieringsmodell skal være enkel med lave administrasjonskostnader. Men, i en del tilfeller kan det være ønskelig å styre helsetjenestene i en bestemt retning, for eksempel mot mer aktivitet, bedre effektivitet, endret faglig profil eller kun å bibeholde dagens praksis. Dersom det er ønskelig å bruke finansieringsmodeller som et slikt styringsverktøy, vil det kunne aksepteres at man bruker en noe mer komplisert modell som inneholder ulike insentiver.

ISF er et eksempel på en modell som inneholder økonomiske insentiver som gir virksomheten økonomisk «belønning» for ønsket aktivitet. For et sykehus er ikke ISF avgjørende for lønnsnivå til personalet og således vil ikke den enkelte arbeidstaker ha personlig «gevinst» av ISF. Best mulig inntekt er nødvendig for at sykehuset skal kunne drive økonomisk forsvarlig og ha mulighet til kvalitetsutvikling. Det økonomiske insitamentet vil fungere dersom sykehuset har mulighet og vilje til å endre til en mer lønnsom virksomhet.

For næringsdrivende leger påvirker ISF også egen lønn og legene har således en personlig «gevinst» av ISF. Men, siden legene genererer den eneste inntekt til hele sin virksomhet (inklusive driftskostnader og lønn til ansatt personale), er det trolig at insentivet også ville fungert kun i kraft av at legen er økonomisk ansvarlig for virksomheten (som for sykehus).

Det kanskje viktigste insentivet innen helsevesenet er fagpersoners indre ønske og drift til å levere høy kvalitet på tjenestene de leverer. Dette momentet blir ofte ikke vektlagt når man snakker om insentiver. Økonomiske insentiver tillegges ofte (for) mye vekt som forklaring på at det gjøres en god jobb i norsk helsevesen.

### **5.1.2. Insentiv-effekter av ISF på Svalbard**

Alt personell som har inntektsbringende aktivitet ved Longyearbyen sykehus har fast lønn som ikke påvirkes av sykehusets inntekter. Det er således ikke noe personlig «gevinst» av å endre virksomheten eller bedre kodingen. Imidlertid er der en lojalitet til sykehuset som innebærer at de ansatte forsøker å sette koder/takster i henhold til sykehusets føringer.

Sykehuset i Longyearbyen har således **indre forhold** som gjør at insentiver skulle kunne virke. Selv i dagens virksomhet kan vi se at insentiver fungerer, men kun til bedret bruk av takster for at sykehuset skal få mer inntekter for det arbeidet man faktisk gjør. Det vil si at insentivene i dag fører til mer administrativt arbeid og ikke til mer pasientrettet arbeid.

Men, vil økonomiske insentiver også kunne brukes til å styre aktivitetene rundt pasientbehandling? Vil de **ytre forholdene** (samfunnet) gjøre en slik styring mulig?

Svalbard er et isolert samfunn. Innenfor de overordnede prioriteringer som er lagt, gir Longyearbyen sykehus et tilbud til alle, ingen blir avvist. Man kan i liten grad redusere tjenesten da det ikke er noen annen som kan overta behandlingsansvaret. Man kan heller ikke øke virksomheten (f.eks. flere konsultasjoner) for å øke inntekten. Dette måtte i så fall gjøres ved å få de samme pasientene til å oppsøke lege i Longyearbyen flere ganger. Siden allmennhelsetjenester i dag gis til alle, kan en evt. økning i antall konsultasjoner oppnås dersom man «generere flere behov» for helsetjenester (eks mer kontroller). Dette er neppe ønskelig. Man kan også flytte spesialisttjenester fra fastlandet til Longyearbyen. Lønnsomhet av evt. utvidet spesialisttilbud (eks. ortopedi, gynekologi, psykiatri), burde vært beregnet men det hører ikke hjemme i denne oppgaven.

Den daglige medisinske diagnostikk og behandling styres således ut fra etterspørsel og medisinske kriterier, ikke ut fra økonomiske insentiver.

Det er imidlertid overordnede økonomiske **prioriteringer** (fra UNN) som styrer hvilke rammer man har for virksomheten på Longyearbyen sykehus. Det er f.eks. en økonomisk årsak til at man ikke har mulighet for CT-undersøkelse på Svalbard. Tjenesten vil sannsynligvis ikke være kostnadseffektiv på gruppenivå. Medisinsk sett kan det dog ha alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter at denne tjenesten ikke eksisterer. Slike avveininger må stadig gjøres i helsevesenet.

**Konklusjon vedr effekt av ISF- insentiver på Svalbard:** Innsatsstyrt finansiering som styringsmiddel vil være lite effektivt på Svalbard. Hovedgrunnen til dette er samfunnets isolerte beliggenhet og at ansvaret for all helsetjeneste er samlet i en virksomhet. Alle pasienter får et tilbud – ingen blir avvist.

## 5.2. Forutsigbarhet for pasientbetaling.

For pasientene er kanskje den viktigste ulempen med dagens modell sykehusets praksis med bruk av Normaltariffen hvor sykehuset tar spesialistbetaling for alle tjenester levert av kirurger selv om de yter allmennlegearbeid (se 4.2.3.). Pasientene må således betale ulik egenandel uten at det er noen god begrunnelse for dette (se 4.2.4). Årsaken til ulikhetene er at man bruker en innsatsstyrt finansiering som er laget for primærhelsetjenesten og privatpraktiserende spesialister (se 4.1). Primærhelsetjenesten ved Longyearbyen sykehus er i store trekk lik primærhelsetjenesten på fastlandet, men spesialistene ved sykehuset gjør i liten grad samme arbeid som privatpraktiserende spesialister.

For å få et inntrykk av om pasientene ser på dette som et problem, ble det gjort en spørreundersøkelse blant 15 pasienter som alle hadde vært pasient ved flere anledninger. Syv av disse svarte at de hadde reflektert over ulike egenandeler, men ingen hadde gitt tilbakemelding til sykehuset. Ansatte ved Longyearbyen sykehus får periodevis spørsmål om hvorfor egenandelene er ulike fra gang til gang. Pasientene får da et standard svar at det er fordi Longyearbyen sykehus leverer spesialisthelsetjenester. Få pasienter stiller ytterligere spørsmål, men ansatte ved sykehuset føler at de har et forklaringsproblem overfor pasientene.

Folk i Longyearbyen er vant til at priser er høye og at når man bor på Svalbard må man betale det det koster. Dessuten er et sykehus eller legekontor i en slags «maktposisjon» i forhold til syke pasienter fordi pasientene er avhengig av tjenestene. Dette kan medføre en høyere terskel for å gi negativ tilbakemelding til sykehuset. Egenandelene er uansett beskjedne i forhold til verdien av de tjenestene pasientene får, og i forhold til betalingsevnen til flertallet av pasientene.

**Konklusjon vedrørende forutsigbarhet for pasientbetaling:** Modellen gir dårlig forutsigbarhet for pasientbetaling.

## 5.3. Administrasjonskostnader.

Dagens modell har en del transaksjonskostnader i forbindelse med oppgjør fra HELFO og betaling for gjestepasienter. Regninger skal forberedes og sendes til HELFO 2 ganger per måned. Disse kostnadene berører både Longyearbyen sykehus, HELFO og UNN (som sørger



for innkreving av betaling for gjestepasienter). I tillegg bruker administrativt personell og leger tid på å få koding riktigst mulig for å få inntekter i samsvar med forutsetningene.

## 5.4. Samsvar med intensjoner i lover og forskrifter.

Intensjonen i dagens regelverk er at virksomheten får økt betaling for økt spesialisering (allmennlege uten spesialitet versus allmennlege med spesialitet) og økende betaling fra første til annenlinjetjeneste. Dagens praksis ved Longyearbyen sykehus medfører at man tar høyest betaling for lavest kompetanse (når kirurg gjør allmennlegetjenester). Dette strider således mot intensjoner i **lover og forskrifter** (se 4.1).

Det er vanskelig å tidfeste når dagens praksis med refusjoner fra HELFO og ulik pasientbetaling begynte. Daværende avdelingsoverlege Tore Dahlberg forteller at man ønsket å få betalt for den spesialistkompetansen som kirurgene hadde. Dette resulterte i at det ble laget vedlegg til avtalen mellom Tromsø trygdekontor og UNN/Longyearbyen sykehus (Vedlegg 2 og 3). Disse vedleggene var i form av informasjon til trygdekontoret om hvordan UNN/Longyearbyen sykehus mente at avtalen skulle tolkes. Dahlberg forteller at intensjonen var å bruke refusjonene på en slik måte at kirurgene kun brukte spesialisttakster i forbindelse med kirurgiske prosedyrer og ikke, som nå, til alle pasientkategorier. Dagens praksis er således heller ikke i henhold til intensjonene i **inngått avtale** (se kapittel 4.1).

## 5.5. Modellens økonomisk risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset.

Den økonomiske risikoen ved dagens modell er avhengig av om inntektene følger kostnadene. Ved økt aktivitet vil man få noe kompensasjon for utgiftene. Ved redusert aktivitet vil inntektene reduseres. De siste 10 årene har det vært en jevn økning i aktiviteten ved sykehuset. Sannsynligheten for uforutsett nedgang i aktiviteten anses lav og risikoen med dagens modell er derfor liten. Store endringer fra år til år vil gi liten forutsigbarhet.

- Gjestepasientordningen

En relativt stor del (25%) av sykehusets inntekter er betaling for gjestepasienter.

Betaling for gjestepasienter kommer hovedsakelig grunnet turister som blir syke og må

innlegges. Mange av intensivpasientene ved Longyearbyen sykehus er eldre turister, gjerne fra cruiseskip.

Variasjoner i antallet gjestepasienter kan medføre vanskelig budsjettkontroll dersom forventet antall gjestepasientdøgn ikke «fylles». Inntekter fra gjestepasienter er avhengig av de generelle konjunkturer ellers i samfunnet. Lite turister = lite gjestepasienter = mindre inntekter. Dette hadde ikke vært et problem dersom inntektene fra gjestepasienter hadde avspeilet reelle merutgifter med disse pasientene. Inntektene fra gjestepasienter dekker imidlertid også andre funksjoner (f.eks. opprettholdelse av beredskap)

- Egenandeler (legetjenester, fysioterapi og tannlegetjenester)

Egenandelene vil også kunne variere fra år til år basert på etterspørsel. Dersom befolkningen i Longyearbyen endres eller legesøkningsadferden endres, vil dette kunne medføre endrede inntekter. Sannsynligheten for en uventet brå endring er imidlertid liten.

- Kvaliteten på kodingen er dårlig.

Sykehusleger er uvante med å bruke Normaltariffen til koding da koding på sykehus og i allmennpraksis er helt ulike. Eksempler på forhold som kodes dårlig er bruk av forbruksmateriell og tidstakster. Allmennlegene har en bedre kvalitet på kodingen.

- Bedriftshelsetjenesten

Vil sannsynligvis være relativt stabil og forutsigbar idet den baserer seg på inngåtte avtaler.

**Konklusjon vedrørende økonomisk risiko og forutsigbarhet:** Modellen vil gi noe kompensasjon ved økt aktivitet hvilket gjør at risikoen med denne modellen ikke er stor. Store variasjoner i antall gjestepasienter fra år til år gjør modellen lite forutsigbar.

## 5.6. Andre forhold

- Normaltariffen er ikke tilpasset den integrerte modellen hvor både sykehusspesialister og allmennleger inngår i primærhelsetjenesten og legevakt. Det finnes i dag ikke

takster som er tilpasset dette (bl.a. finnes det ikke takster for spesialister som går i vakt) og refusjonene vil derfor ikke avspeile det som faktisk ytes av spesialisttjenester utenom vanlig arbeidstid.

- Deler av virksomheten omfattes ikke av takster for allmennlegevirksomhet eller privat spesialistpraksis. Grensene for hva som skal omfattes av refusjoner er uklare (eks. leteaksjoner hvor personen ikke blir funnet eller hvor personen er uskadet og ikke blir pasient).
- Longyearbyen sykehus skal være et av flere fyrårn som skal melde om influensa til Folkehelseinstituttet. Melding til Folkehelseinstituttet om influensalignende sykdom er knyttet til taksten for allmennleger. Dette medfører at alle tilfeller med influensa behandlet av kirurgene ikke blir registrert. Data Longyearbyen leverer fra seg er derfor upålitelige og kan ikke brukes etter hensikten.

## 5.7. Er det behov for å endre dagens modell

Ideelt sett bør en virksomhet ha en finansiering som er enklest mulig, dvs. ikke generere unødige kostnader, samt følger lover og avtaler. Dagens finansieringsmodell på Svalbard må kunne sies å være uhensiktsmessig idet den

- er for byråkratisk i forhold til gevinsten av den økte administrasjonen
- den er ikke i henhold til intensjonen i lover, forskrifter og inngåtte avtaler
- den generer ulik betaling for lik tjeneste på en måte som ikke er mulig å forsvare.

Er disse momentene alvorlige nok til at man bør ta jobben med å utrede andre alternativ?

Etter forfatterens mening, kan ikke Longyearbyen sykehus forsvare å fortsette en praksis som medfører urimelige forskjeller i pasientbetaling som beskrevet tidligere. Mange vil hevde at «det er snakk om små beløp» og «pasientene får frikort raskere». Men, dagens praksis gjør noe med tillitsforholdet mellom pasientene og sykehuset som ikke er heldig. Målet med dagens modell har primært vært å øke inntektene for Longyearbyen sykehus og man endte opp med en modell som skaffet penger, men var uhensiktsmessig.

## 6. Alternative finansieringsmodeller

Dersom man skal endre dagens finansieringsmodell, finnes det to relativt enkle alternativer; en justert versjon av dagens modell og en tilpasset rammemodell. I dette kapittelet vil disse bli presentert kort før det gjøres en vurdering av hvilken modell som egner seg best på Svalbard.

### 6.1. Justert modell

Man kan tenke seg en løsning som baserer seg på dagens modell, men hvor egenandeler og refusjonen fra HELFO brukes i henhold til intensjon og inngåtte avtaler (kapittel 4.1). Dette innebærer at bruk av normaltariffen baserer seg på om det ytes allmennlegetjenester eller spesialisttjenester slik som beskrevet i vedlegg til avtalen med HELFO (Vedlegg 3).

Forholdene vil være relativt lik dagens modell bortsett fra følgende forhold:

- Modellen ville gitt en større forutsigbarhet for pasientene og praksisen med egenandeler og refusjoner ville vært i henhold til intensjon i forskrifter og inngåtte avtaler.
- Man ville fått noe endringskostnader i forbindelse med at personalet ville måtte få opplæring i nye retningslinjer for takstbruk.
- Modellen vil sannsynligvis ført til et inntektstap for sykehuset i forhold til dagens løsning da spesialisttakster for refusjon og egenandeler ville blitt mindre brukt.

Ved å bruke denne modellen, vil man få rettet opp noen av de uheldige virkningene med uforutsigbare egenandeler samt at modellen blir mer i henhold til intensjonen i regelverket.

Uansett om man forandrer på bruken av noen av takstene, vil mange av problemene med dagens ordning bestå fordi Normaltariffen ikke passer for den integrerte modellen på Svalbard.

Et skifte fra dagens modell til en justert modell vil føre til et inntektstap for sykehuset som muligens ikke vil bli kompensert.

## 6.2. Tilpasset rammemodell

Før Helse Nord RHF og UNN overtok ansvaret for Longyearbyen sykehus i 2002 var finansieringen i form av et rammetilskudd hvor pasientene betalte en fast egenandel. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig å gå tilbake til en nærmest ren rammefinansiering hvor kun pasientenes egenandeler vil være aktivitetsbasert.

En slik modell må lages spesielt for Longyearbyen, men kan være enkel.

- Pasientene betaler en egenandel i henhold til Normaltariffen (som ved justert modell). Alternativt kan man la tjenesten være uten egenandeler. (Se 7.2.)
- Resten finansieres ved en ramme som er beregnet ut fra dagens aktivitet og forventede endringer.
- Bedriftshelsetjenesten bør være separat og styres som i dag med separate avtaler.
- Fysioterapitjenesten har i dag en rammefinansiering som oppleves som enkel. Denne kan fortsette som nå.
- Finansiering av tannhelsetjenesten fungerer bra i dag og gevinsten med evt endring vil være liten. På den annen side, vil det være sannsynlig at også tannhelsetjenesten kan få en løsning som oppleves enklere (som for fysioterapitjenesten).

En overgang til en slik modell vil innebære store endringer. De største fordelene med en slik modell er at den vil være enkel og administrasjonskostnadene vil bli betydelig mindre. Man vil ikke lenger måtte sende regninger til HELFO eller bruke tid på å bedre koding. Kun egenandeler skal administreres.

Modellen vil gi en forutsigbarhet for pasientenes egenbetaling og den vil ikke komme i konflikt med inngåtte avtaler eller intensjoner i lover og forskrifter.

Endring fra dagen modell til tilpasset rammemodell vil gi noen endringskostnader, spesielt ved at det må gjøres et betydelig grunnlagsarbeid (definere behov, innhold i tjenesten etc). Modellen vil imidlertid bli betydelig enklere for leger, sykepleiere og legesekretær og kostnadene forventes å være lave på sikt.

## **7. Hvilken modell egner seg best på Svalbard?**

I dette kapittelet vil det bli gjort en vurdering av hvilken modell som egner seg best på Svalbard hovedsakelig basert på de samme kriteriene som dagens modell i kapittel 5.

### **7.1. Hvordan er modellene egnet for å kunne styre helsetjenesten i en ønsket retning**

I Norge, hvor man hovedsakelig har et offentlig helsevesen, brukes ulike finansieringsmodeller som et styringsredskap. I det private helsevesenet (deriblant de fleste primærlegene), har man alltid hatt et fokus på inntekter basert på faktisk leverte tjenester (innsatsstyrt finansiering) for at virksomheten skulle lønne seg. Det offentlige helsevesen har tradisjonelt ikke hatt samme fokus på takster fordi utgiftene har blitt dekket gjennom forskuddsvis rammefinansiering (evt med etterskuddsvis korreksjon ved overskridelse av budsjettene). Etter hvert som det har kommet krav til økonomisk «lønnsomhet» i sykehusene, har også sykehusene fokusert mer på «inntektene».

Frem til ca. 1980 fikk norske sykehus i stor grad betaling per «kurdøgn» og liggetiden for de enkelte pasienter var lang. (Dette skyldtes nok ikke kun finansieringsmodellen, men også hva man på den tiden anså som medisinsk korrekt behandling.) Fra 1980- 1997 fikk man en rammefinansiering av sykehusene. Det var en lav vekst i totalkostnader på sykehusnivå i denne perioden. Imidlertid fikk man etter hvert lange køer og lang ventetid for behandling til tross for at liggetiden per pasient ble betydelig redusert. I perioden 1997 – 2004 ble rammefinansieringen supplert med aktivitetsbasert finansiering for meraktivitet slik at de som klarte å øke aktiviteten fikk tilført «friske penger». Dette førte til at noen sykehus økte aktiviteten så mye at totalkostnadene for staten ble høyere enn forventet (35). (Insentivene hadde fungert mer enn tilsiktet.) Fra 2005 ble det derfor innført et «tak» på økning av aktivitet, slik at sykehusene fikk 40 % av beregnet kostnad (DRG) for inntil 1,5 % økning av aktiviteten. Øker sykehuset aktiviteten mer enn dette, får sykehuset ikke tilført økte ressurser.

### **7.1.1. Insentiv-effekt av rammefinansiering versus ISF**

I kapittel 5.1 konkluderte man med at dagens modell hvor man har en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering, sannsynligvis ikke vil kunne brukes til å styre virksomheten ved sykehuset i Longyearbyen i en ønsket retning. Begrensningene skyldes samfunnets isolerte beliggenhet og at sykehuset har eneansvar for all helsetjeneste på Svalbard. Den justerte modellen vil omfattes av de samme vurderinger som dagens modell. En tilpasset rammemodell vil imidlertid kunne fungere annerledes.

Rammefinansiering har av mange vært regnet som lite heldig i helsevesenet fordi den kan være et insitament for å gjøre lite fordi virksomheten allerede fått betaling og mer aktivitet genererer mer utgifter. Dersom rammebevilgningene ikke er nok til å dekke kostnadene, vil sykehuset måtte innføre en «rasjonering» av helsetjenestene som igjen vil medføre at ikke alle får behandling eller at ventelistene øker.

Når det gjelder primærhelsetjenester er det ikke sannsynlig at rammefinansiering medfører redusert virksomhet i Longyearbyen da sykehuset har et totalansvar for hele befolkningen. Det faglige incentivet hos de ansatte vil dessuten overskygge de økonomiske insentivene på virksomhetsnivå slik at alle pasientene vil få et tilbud. En eventuell rasjonering av helsetjeneste vil slå ut i lengre ventetider og vil således kunne oppdages.

Man også tenke seg Longyearbyen sykehus vil unngå ressurskrevende behandling dersom det innføres rammefinansiering. En følge av dette vil kunne være at det blir lavere terskel for å sende pasienter til spesialister i Tromsø.

Det er interessant å se hva som skjedde da fysioterapitjenesten ved Longyearbyen sykehus gikk over fra ISF til nærmest ren rammefinansiering i 2010. I 2009 hadde fysioterapiavdelingen høy aktivitet med 3082 konsultasjoner og ventetid for å komme til behandling. Etter endring i finansieringsmodellen tilkom en betydelig nedgang i 2010 og 2011 (hhv. 2375 og 2250 konsultasjoner). Dette kunne tyde på at overgang til rammefinansiering fører til redusert virksomhet. Imidlertid har etterspørselen også vært betydelig redusert i perioden og det er nå ingen ventetid. Dette taler for at det er redusert etterspørsel, snarere enn endret finansiering som årsak til nedgang i aktiviteten. Man kan således ikke trekke noen konklusjon ut fra disse tallene og det er fremdeles uvisst hvorfor man fikk en ettersørselsreduksjon.

Sett fra et overordnet synspunkt (Helse Nord RHF og UNN) vil en rammefinansiering kunne brukes til å kunne styre utgiftene. Som beskrevet over, var det liten vekst i totale utgifter i perioden 1980 – 1997 da man hadde ren rammefinansiering av sykehusene og utgiftene vil være forutsigbare.

### **7.1.2. Intensjon for valg av ISF ved Longyearbyen sykehus i dag**

Vi har sett at ingen av modellene vil være særlig effektive for å styre helsetjenesten på Svalbard. Men, hva var bakgrunnen for valg av dagens modell?

Det er per i dag ikke klart definert at ISF brukes fordi det skal gi et økonomisk insitament for sykehuset til å øke aktiviteten, bedre effektiviteten eller endre profil på tjenesten. Da man innførte ISF med refusjon fra HELFO i 2002 var begrunnelsen for dette at de eksisterende rammer fra Staten hadde vært for små hvilket førte til årlige underskudd på ca. 1 million kroner. Man ønsket å øke inntektene til sykehuset for å kunne drive i balanse (personlig meddelelse fra daværende avdelingsoverlege Tore Dahlberg). Alternativt måtte man prioritere ned noen av oppgavene til sykehuset for å spare penger. Dette hadde vært tatt opp med Sosial- og Helsedepartementet i forkant av helsereformen i 2001.

Intensjonen med å ha ISF på Svalbard var således primært at man så en mulighet for å få mer inntekter (ikke å bruke modellen som styringsverktøy). Siden største delen av virksomheten ved Longyearbyen sykehus er primærhelsetjeneste, kan det imidlertid være logisk at man innførte samme finansieringssystem som på fastlandet med bruk av Normaltariffen for fastleger.

### **7.1.3. Konklusjon på ISF og rammefinansiering som styringsverktøy.**

ISF vil generelt kunne være effektiv til å styre virksomheten, men vil sannsynligvis ikke fungere på Svalbard. Rammefinansiering vil medføre god kontroll på kostnadene på et overordnet nivå, men vil generelt ha en risiko for at sykehuset reduserer virksomheten. En slik reduksjon er lite sannsynlig på Svalbard. Ingen av modellene vil være effektive som styringsverktøy. Per i dag er det ikke noe kjent overordnet mål med å bruke ISF som styringsverktøy utover at det gir mer inntekter.



## 7.2. Forutsigbarhet for pasientene

Dagens modell er dårlig med tanke på forutsigbarhet for pasientene (se 5.2). Ulik betaling kan aksepteres dersom det er begrunnet i økt kompetanse. Slik praksisen med egenandeler er i dag, hvor det kreves egenandel for spesialisttjeneste for alt kirurgene gjør (selv om dette gjelder allmennmedisinske konsultasjoner), gir dette en ulikhet som ikke er mulig å forsvare.

Med den justerte modellen vil egenandeler for pasientene bli i henhold til intensjoner i lover, forskrifter og avtaler, men inntektene til sykehuset vil bli redusert. Ved overgang til en tilpasset rammefinansiering, bør pasientbetalingen opprettholdes i henhold til Normaltariffen slik at pasienter med kroniske sykdommer kan oppnå frikort.

Man kan imidlertid tenke seg en løsning hvor pasientene **ikke** betaler egenandeler. Mange vil da hevde at antallet konsultasjoner vil stige. Erfaringer fra andre land kan tyde på at så ikke er tilfelle. Et annet moment som vil tale mot at antallet konsultasjoner øker ved gratis tjeneste, er at egenbetaling for legetjenester i dag er lav i forhold til pasientenes betalingsevne og verdien av tjenesten. Egenandeler er derfor sannsynligvis ikke begrensende på makronivå i dag. Likevel kan man tenke seg at egenandeler begrenser legesøknadsadferd for enkelte grupper. Dette kan være seg fattige, rusmisbrukere, sosialt dårlig stilte eller andre svake grupper. Dette er grupper som uansett **ikke** bør rammes av en slik begrensning.

Samfunnet på Svalbard ville vært en egnet arena for forskning på dette fenomenet grunnet sin isolerte beliggenhet.

## 7.3. Samsvar med intensjoner i lover og forskrifter.

Det bør være et overordnet mål at gjeldende praksis følger intensjonen i lover, forskrifter og inngåtte avtaler (se 4.1), og dette oppfylles ikke av dagens modell (se 5.4). Både den justerte modellen og den tilpassede rammemodellen vil oppfylle et slikt mål.

## 7.4. Økonomisk risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset.

Dette er en av de viktigste diskusjonene rundt ISF versus rammefinansiering på Svalbard.

#### **7.4.1. Risiko ved økt aktivitet**

Generelt kan man si at risikoen ved ISF er mindre enn ved rammefinansiering. Den største fordel med ISF ved Longyearbyen sykehus, er at man får en delvis dekning av utgifter ved aktivitetsøkning. Det vil si at når befolkningen har økt fra 1570 i 2002 til 2100 i 2012 har sykehuset fått dette delvis kompensert gjennom ISF. Sykehuset har sluppet «å kjempe» om økte rammebevilgninger for å få noe kompensasjon for økningen. Man kan selvfølgelig tenke seg at dersom myndighetene ser at denne økningen er uforholdsmessig stor, vil de sette et tak på ISF. Sannsynlighetene for dette anses svært liten for Svalbard fordi det uansett er snakk om små beløp. Det er også usannsynlig at man vil sette et generelt tak på utgifter i forbindelse med bruk av Normaltariffen for å bremse en utvikling på Svalbard.

Ved en rammefinansiering ligger risikoen perifert på Longyearbyen sykehus dersom man får større utgifter i form av økt aktivitet eller uforutsette utgifter. Dette er en av de største svakhetene ved en rammefinansiering sett fra Longyearbyen sykehus. Empirisk viser det seg at det er vanskelig å få økte rammer ved økt aktivitet. Det var også denne utfordringen man hadde i 2001; rammefinansieringen var ikke stor nok til at sykehuset kunne levere de tjenester Sosial og Helsedepartementet ønsket. Dette var grunnen for at man gikk inn for ISF med refusjon fra Rikstrygdeverket.

Risikoen ved rammefinansiering kan reduseres ved at man på forhånd beskriver nøye hva som er inkludert i rammen og hvordan man skal håndtere uforutsette utgifter eller ikke-planlagt aktivitetsøkning. Eksempel på ikke-planlagt aktivitetsøkning kan være økende innbyggerantall, nye faglige standarder eller endrede aktiviteter i området (økte fiskerier, turisme etc.) . Dersom det ikke ligger muligheter for dekning av uforutsette utgifter i systemet, må rammen være så vid at man kan legge opp midler for å kunne håndtere slike situasjoner. Det forutsettes at planlagt aktivitetsøkning følges av økte rammer.

#### **7.4.2. Risiko ved redusert aktivitet**

Dersom man får redusert aktivitet ved virksomheten vil risikoen være størst ved ISF. Nedsatt aktivitet gir nedsatt inntekt og sykehuset vil muligens måtte redusere virksomheten. Siden Longyearbyen sykehus i stor grad er et beredskapssykehus, må utgiftene til denne funksjonen være omfattet av rammefinansieringen og ikke være avhengig av ISF fra vanlig kurativ virksomhet.

Ved en redusert aktivitet vil en rammefinansiering medføre en liten risiko.

Empirisk er det lite sannsynlig med en nedgang i aktivitetene. Det er få sykehus eller fastleger som har opplevd en nedgang i etterspørsel etter helsetjenester. Befolkningen og aktiviteten på Svalbard har også økt sakte de siste årene. Dette har også medført økt etterspørsel etter helsetjenester. Kulldriften vil sannsynligvis nedlegges om noen år og dette kan medføre redusert aktivitet. Slike endringer vil imidlertid neppe skje uforberedt.

### **7.4.3.Forutsigbarhet**

Rammefinansiering vil være mest forutsigbar. Inntektene ved ISF vil kunne variere fra år til år basert på aktivitet, men sannsynlighetene for *brå* endringer på Svalbard er relativt liten.

Dagens modell for finansiering av gjestepasienter medfører imidlertid at en vesentlig del av sykehusets inntekter kan variere som følge av internasjonale konjunkturer og tilstrømning av turister. Det vil være mulig å gjøre denne delen av finansieringen mer forutsigbar. Det kan tenkes en løsning hvor inntekter fra gjestepasienter kan gå til UNN i Tromsø mens Longyearbyen sykehus får en rammebevilgning. Dette vil gi en forutsigbarhet. Det er ellers ikke noe i veien for at en slik endring av gjestepasientbetaling gjøres for dagens modell eller den justerte modell.

### **7.4.4.Konklusjon vedrørende risiko og forutsigbarhet for sykehuset.**

Risiko ved rammemodell er høy ved en eventuell aktivitetsøkning og lav ved aktivitetsnedgang. Risiko ved ISF er mindre enn rammemodell ved aktivitetsøkning, men større ved aktivitetsnedgang. Sannsynlighetene for aktivitetsnedgang anses liten og rammemodell kan derfor være mest risikabel for Longyearbyen sykehus. Dette kan eventuelt kompenseres med klargjøringer/avtaler før evt. endring av modell.

Gjestepasientordningen er lite forutsigbar og bør endres. Dette kan gjøres uavhengig av hvilken modell man velger.

## 7.5. Økonomiske konsekvenser ved endring av finansieringsmodell

Det vil alltid være en del kostnader med å endre et system, slik at det må gjøres en vurdering av om endringen er verdt kostnadene. Det er også åpenbart at dagens modell har en stor fordel: den gir ekstra penger til UNN/Longyearbyen sykehus via egenandeler og refusjoner fra HELFO. Å beholde dagens modell ville således være det enkleste, men en endring kan likevel være økonomisk gunstigst på sikt.

### 7.5.1. Kostnader ved en eventuell endringsprosess

Ved overgang til en justert modell vil man ha kostnader først og fremst i forbindelse med planlegging og lokal endring. Omkostningene rundt selve prosessen vil være relativt små da modellen kun omfatter en endring av hvilke egenandeler og refusjoner sykehuset krever.

Dersom man skal gjøre en større endring til en tilpasset rammefinansiering, vil dette ha større endringsomkostninger, først og fremst fordi det krever et omfattende arbeid på overordnet nivå. Statlige midler som i dag kommer via HELFO, må i en slik rammemodell kanaliseres via Helse Nord RHF og dette vil kreve en del arbeid å få i stand.

### 7.5.2. Forventet inntektstap etter endring

Både den justerte modellen og den tilpassede rammemodellen vil sannsynligvis medføre et inntektstap sammenlignet med dagens modell. Årsaken til dette er tap av egenandeler og refusjon fra HELFO når spesialister ikke lenger får spesialisthonorar for allmennlegearbeid.

Dette er en praksis som sannsynligvis er innført av sykehuset og det kan være vanskelig å argumentere for at andre skal kompensere et slikt inntektstap. Dette kan være et argument mot at man skal endre dagens modell. Samtidig er nettopp denne praksisen hovedgrunnen til at man *bør* gjennomføre en endring (se 5.7)

### 7.5.3. Administrasjonskostnader for de ulike modellene.

Både dagens modell og justert modell innebærer relativt store administrative kostnader sammenlignet med tilpasset rammemodell (se kapittel 5.3). De administrative kostnadene forårsakes av transaksjonskostnader samt tidsbruk for bedret koding. Dersom man skal

beholde en byråkratisk modell som dagens modell, bør dette ha en hensikt. Som vi har sett tidligere (se 7.1.2.) er hensikten med ISF i dagens modell primært å få ekstra midler til det som gis i rammefinansiering fra Helse Nord RHF til drift av Longyearbyen sykehus. Man har således en byråkratisk modell som er «ment for» styring av aktiviteten, men hvor denne effekten ikke blir brukt og sannsynligvis heller ikke vil ha noen effekt (se 7.1.3).

Den tilpassede rammemodellen vil være betydelig lettere å administrere og de administrative kostnadene vil vær små. Modellen innebærer få transaksjonskostnader, det er kun eventuelle egenandeler som må registreres. Også HELFO vil fått mindre administrasjonskostnader ved en slik modell.

#### **7.5.4.Konklusjon økonomiske konsekvenser av endring.**

Den justerte modellen vil gi et inntektstap sammenlignet med dagens modell grunnet reduserte egenandeler og refusjoner. En tilpasset rammemodell vil medføre endringskostnader samt inntektstap som beskrevet for den justerte modellen. Administrasjonskostnadene vil bli redusert, men det er uvisst om dette vil kompensere for inntektstapet.

## **7.6. Oppsummering evaluering av modeller**

I tabell 7 er det gitt de «karakterer» (Dårlig, Middels og God) til de ulike modellene ut fra hvordan disse anses egnet på Svalbard. Det vil bli gitt en begrunnelse for karakterene.

### **Økonomisk styringsverktøy**

Som vi har sett over har ikke valg av dagens modell vært begrunnet i et ønske om å styre aktiviteten ved Longyearbyen sykehus i en bestemt retning. Det har også vært gjort rede for hvorfor økonomiske insentiver sannsynligvis ikke vil ha særlig effekt på Svalbard på grunn av samfunnets isolerte beliggenhet. Dette vil da gjelde både positive effekter som man vil kunne ha i en ISF og negative effekter som man vil kunne ha i en ren rammemodell. Siden økonomiske insentiver ikke vil fungere godt for noen av modellene, er dette karakterisert som «Dårlig» for alle modeller i tabell 7. Dette taler for at valg av økonomisk modell må ha andre begrunnelser enn ønske om aktivitetsstyring.

Tabell 7 Vurdering av ulike problemstillinger i de ulike modellene. Innen hver gruppe er det gitt en skår på Dårlig, Middels eller God. Dette referer til hvordan temaet anses egnet på Svalbard.

	Dagens modell	Justert modell	Tilpasset rammemodell
<b>Modellen som styringsverktøy (se 7.1)</b>	Dårlig	Dårlig	Dårlig
<b>Forutsigbarhet for pasientene (se 7.2)</b>	Dårlig	God	God
<b>Samsvar med intensjoner i lover, forskrifter og avtaler (se. 7.3)</b>	Dårlig	God	God
<b>Risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset (se 7.4)</b>	Middels	Middels	Middels
<b>Økonomiske konsekvenser av endring (se 7.5)</b>	-	Dårlig	Middels

### **Forutsigbarhet for pasientene**

Dagens modell er dårlig med tanke på forutsigbarhet for pasientene. Ulik betaling kan aksepteres dersom det er begrunnet i økt kvalitet på tjenesten. Slik praksisen med egenandeler er i dag, hvor det kreves egenandel for spesialisttjeneste for alt kirurgene gjør (selv om dette gjelder allmennmedisinske konsultasjoner), gir dette en uforutsigbarhet som ikke er mulig å forsvare. Både den justerte modellen og den tilpassede rammemodellen vil gi en forutsigbarhet i form av at takstene i Normaltariffen brukes etter hensikten. Begge modellene er derfor gitt karakteren «God» i tabell 7.

### **Samsvar med intensjoner i lover og forskrifter.**

Dagens modell er ikke i henhold til intensjonene i lover, forskrifter eller avtaler. Ingen av de alternative modellene strider mot disse intensjonene og har derfor fått karakteren «God».

### **Risiko og forutsigbarhet for inntekter til sykehuset.**

Når det gjelder økonomisk risiko, har alle modellene fått en skår på «Middels» i tabell 7. Dette fordi det er både positive og negative sider ved alle alternativene (sett fra sykehusets side). Dagens modell og den justerte modellen gir noe risiko dersom aktiviteten (og dermed

inntektene) reduseres. Sannsynligheten for dette anses som lav. Ved økt aktivitet er sikkerheten noe bedre da deler av utgiftene kompenseres gjennom ISF. Modellen gir uforutsigbarhet i måten gjestepasienten finansieres, men dette burde kunne endres uten å endre modell.

Ved en tilpasset rammemodell ligger risikoen for variasjoner i aktivitet hos det perifere sykehuset ved en eventuell økning av aktivitet. Økt aktivitet anses mer sannsynlig enn redusert aktivitet og dermed anses modellen som mer risikabel. Dette kan det imidlertid kompenseres for ved gode prosedyrer for kompensasjon ved uforutsette aktivitetsøkninger.

### **Økonomiske konsekvenser av endring.**

Den justerte modellen har fått karakteren «Dårlig» grunnet at man vil beholde en kostbar byråkratisk modell samtidig som man minster inntekter grunnet tapte egenandeler og refusjoner.

Den tilpassede rammemodellen vil også medføre tapte inntekter i form av reduserte egenandeler og refusjoner, men vil være mindre kostbar i drift grunnet at det er en enkel og lite byråkratisk modell. Det vil være en del omkostninger i planleggingsfasen ved en eventuell overgang og modellen har derfor kun fått karakteren «Middels».

## **7.7. Konklusjon - den beste modellen for Svalbard**

Etter forfatterens syn er svakhetene ved dagens finansieringsmodell så store at man må vurdere en endring.

En tilpasset rammemodell kan synes som det beste alternativet fordi:

- Den er enkel og har lave administrasjonskostnader
- Den gir forutsigbarhet for pasienter og sykehuset
- Den strider ikke med intensjoner i lover og forskrifter
- Man slipper å bruke eksisterende systemer som er laget for helt andre organisatoriske modeller.

En slik modell krever imidlertid nøye planlegging på et overordnet nivå.

- Det må sikres at sykehuset ikke får en nedgang i inntekter.
- Det må defineres nøye hva som skal inngå i rammene og hva som ikke skal være med slik at man reduserer risikoen ved økt aktivitet.
- Det må lages systemer for hvordan man skal håndtere eventuelle uforutsette utgifter.
- Det må sikres at pasientenes egenandeler blir registrert mtp å få frikort.
- Det må kunne registreres data som muliggjør en evaluering av ny modell. Struktur for en slik evaluering må lages før iverksetting slik at man kan få «før-data».



## 8. Diskusjon

Den viktigste grunnen til at det bør gjøres endringer av dagens finansieringssystem for helsetjenesten er at dagens system ikke passer til dagens organisering av helsetjenesten på Svalbard med unødvendig administrativt ressursbruk og uforutsigbarhet for pasientene som resultat.

Problemene har vært kjent i lang tid. Det kan være flere grunnet til at man ikke har ønsket å gjøre noen med dette. Mange synes nok at problemene er så små at det ikke er «bryet verdt» å gå inn i en endringsprosess. Det totale budsjettet for helsetjenestene på Svalbard er «kun» ca. 25 millioner kroner og eventuelle endringer vil kun påvirke en liten del av inntektene.

At ordningen slår urettferdig ut for noen pasienter har heller ikke blitt sett på som noe stort problem fra sykehusets side. Problemet gjelder kun få pasienter og disse har ikke kommet med formelle klager.

Å gjøre endringer er heller ikke en enkel sak. Dersom *en* aktør (f.eks. sykehuset eller HELFO) ønsker å gjøre ensidige endringer for å øke inntekter eller redusere utgifter, vil dette kunne medføre økte utgifter for andre og dermed lage «støy». For å unngå dette fortsetter man slik «det alltid har vært».

Alle utgifter til drift av Longyearbyen sykehus dekkes statlige midler (bortsett fra pasientenes egenandeler), enten via HELFO eller via regionale midler til Helse Nord RHF. Ved en tilpasset rammemodell kan statlige midler i sin helhet kanaliseres gjennom Helse Nord RHF. Forutsatt at det ikke tilkommer andre endringer vil utgiftene til Staten bli uendret og man får som resultat en mer hensiktsmessig, enkel og billig modell. For å få dette til må en prosess ha en overordnet forankring.

### 8.1.1. Anbefalinger

Diskusjonen om finansieringsmodeller bør bli sett på i sammenheng med en ny vurdering av mål og strategi for helsetjenesten på Svalbard. Samfunnet og faglige krav endres, mens virksomheten på Svalbard ikke har vært endret de siste 10 år. Tidligere var det en intensjon at man skulle lage fire-årige planer for helsetjenesten på Svalbard. Sist gang det ble gjort et slikt arbeid var i 1997 (Irtun utvalget) og dette førte til store endringer.

Det anbefales at det iverksettes et nytt arbeid med strategiplan for helsetjenesten på Svalbard. Et slikt arbeid må bla. involvere Longyearbyen sykehus, viktige lokale aktører (Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre), UNN- Tromsø og Helse Nord RHF. Det må bl.a. defineres hvilke tjenester det er behov for på Svalbard, hvilke prioriteringer skal gjøres, kvalitetskrav og hva som er mulig å få til. Organisatoriske modeller må diskuteres: skal Longyearbyen sykehus være den eneste aktør innen helsetjenesten på Svalbard eller skal Longyearbyen lokalstyre overta noen av oppgavene? Skal fastlegeordningen med nødvendige tilpasninger gjøres gjeldende for Svalbard? Allerede i dag ser vi at Longyearbyen lokalstyre er en viktig aktør f.eks. i forbindelse med anskaffelse av midler til et prosjekt med ekstra helsesøster. Skal bedriftshelsetjenesten, tannhelsetjenesten og fysioterapeuter fremdeles ligge under sykehuset? Eventuelle endringer av finansieringsmodell kan inngå som en del av et slikt arbeid.

## 9. Konklusjon

Det er et behov for endring av finansieringsmodellen på Svalbard for å få en enklere, mer rettferdig og mer hensiktsmessig finansiering. Eventuelle endringer bør gjøres som en overordnet prosess med klare mål og definisjoner.

Finansieringsmodellen må tilpasses virksomheten og den bør sannsynligvis være rammefinansiert.

## Litteraturliste

1. Bay K. Kings Bay - Orgnization. 2012; <http://www.kingsbay.no>.
2. Institute of Geophysics PAoS. Polish Polar Station. 2012; [http://hornsund.igf.edu.pl/index\\_no.html](http://hornsund.igf.edu.pl/index_no.html).
3. Store Norske Spitsbergen Kullkompani. Årsmelding 2011.
4. Justisdepartementet. Stortingsmelding 22, Svalbardmeldingen. Oslo2008-2009.
5. Svalbard museum. Informasjon om Svalbard. 2012; <http://www.svalbardmuseum.no>.
6. Kongsberg Satellite Services. Svalbard Satellite Station, Svalsat. 2012; <http://www.ksat.no/node/77>.
7. University Center in Svalbard. The University Centre in Svalbard. 2012; <http://www.unis.no/>.
8. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsstatistikk. 2012.
9. Justisdepartementet. Stortingsmelding 9 (Svalbardmeldingen). 1999.
10. Westby S. Store Norske Spitsbergen Kullkompani 1916-1945. 2003.
11. Sandmo J. Hvit kittel - sort kull. 2005.

12. Holm K. Historisk veiviser 2006.
13. Longyearbyen sykehus. Plan for norsk helsetjeneste på Svalbard 1995.
14. Svalbardtraktaten, (1920). <http://www.lovdata.no/>.
15. Svalbardloven. 1925. <http://www.lovdata.no/>.
16. Bergverksordning for Svalbard., (1925). <http://www.lovdata.no/>.
17. Spesialisthelsetjenesteloven, (1999). <http://www.lovdata.no/>.
18. Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). <http://www.lovdata.no/>.
19. Folkehelseloven, (2011). <http://www.lovdata.no/>.
20. Pasientrettighetsloven, (1999). <http://www.lovdata.no/>.
21. Helsepersonelloven. (1999). <http://www.lovdata.no/>.
22. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. 2009.  
<http://www.lovdata.no/>.
23. Barnevernsloven, (1992). <http://www.lovdata.no/>.
24. Forskrift om lov om barneverntjenesters anvendelse på Svalbard., (1995).  
<http://www.lovdata.no/>.
25. Helseberedskapsloven, (2000). <http://www.lovdata.no/>.
26. Forskrift om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard, (1928).  
<http://www.lovdata.no/>.
27. Statistisk sentralbyrå. Levekår i Longyearbyen. 2010.
28. Sysselmannen på Svalbard. 2012; [www.sysselmannen.no](http://www.sysselmannen.no).
29. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, (2012). <http://www.lovdata.no/>.
30. Folketrygdloven. 1997. <http://www.lovdata.no/>.

31. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, (2012). <http://www.lovdata.no/>.
32. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, (2007). <http://www.lovdata.no/>.
33. Helse Nord RHF. Inntektsfordelingsmodell for Helse Nord. 2007.
34. Den norske legeforening. Normaltariff for privat spesialistpraksis 2012-2013.
35. Terje Hagen OK. The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. 2004 ISBN.0808-7857.

# Vedlegg 1



## MØNSTERAVTALE FOR LONGYEARBYEN SYKEHUS

Avtale om direkte oppgjør for godtgjørelse av utgifter til legehjelp for lege som ikke er medlem av Den norske lægeforening.

Avtalen gjelder oppgjør for all legehjelp som pliktes godtgjort av folketrygden etter "Forskrifter om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt" i medhold av folketrygdloven § 5-4.

### 1 LEGENS KRAV

Den godtgjørelse som tilkommer den trygdede i henhold til Refusjonstariffen skal trygdekontoret utbetale direkte til legen. Det samme gjelder legens skyssgodtgjørelse og reisetillegg. Legen har ikke rett til å kreve den trygdede for den del av legehonoraret som trygden godtgjør.

### 2 LEGENS FORPLIKTELSE I FORHOLD TIL TRYGDEN

Legen skal i sin virksomhet påse at folketrygden ikke påføres unødige utgifter, jf. § 29 i lov om leger. Videre plikter legen å være varsom, nøyaktig og objektiv ved utstedelse av attest og legeerklæring, jf. § 30 i lov om leger.

Legen plikter å sette seg inn i Refusjonstariffen og bruke takstene i samsvar med reglene. Videre plikter legen å sette seg inn i "Retningslinjer til leger for utstedelse av Sykmeldingsattest I og II". Legens utstedelse av regninger skal skje på en slik måte at trygdekontorets kontroll av oppgjøret og grunnlaget for dette ikke vanskeliggjøres.

### 3 DOKUMENTASJON FOR INNGÅELSE AV AVTALE

Legen må ved personlig fremmøte på trygdekontoret dokumentere at han er lege, herunder eventuell spesialiststatus, og at han har rett til å praktisere for trygdens regning. Trygdekontoret skal orientere legen om dennes forpliktelse i forhold til trygden og trygdens oppgjørsordning og kontrollsystem, jf. punkt 2 og 4. Dersom legen skal kunne kreve refusjon fra flere trygdekontorer skal han inngå avtale med hvert trygdekontor, jf. punkt 4.

Regninger for konsultasjoner eller sykebesøk som har funnet sted åtte virkedager før fremmøte, pliktes ikke refundert, jf. likevel tredje ledd i dette punkt.

Lege som ikke har rett til trygderefusjon, jf. folketrygdloven § 5-4 andre ledd, men som yter øyeblikkelig hjelp etter legeloven § 27, kan få refusjon etter bestemmelsene i denne avtalen dersom pasientens tilstand er til hinder for at legen kan innkreve honorar av pasienten.



## 4 OPPGJØRSKONTOR

### 4.1

Oppgjør i henhold til denne avtale foretas med trygdekontoet etter følgende retningslinjer:

#### Vanlig praksis

Trygdekontoet i den kommunen hvor legen har kontor. Utøver legen virksomhet i flere kommuner (over kommunegrensen), skal oppgjør foretas av trygdekontoet i den kommune hvor den overveiende del av virksomheten foregår.

Dersom legen flytter sitt kontor til en annen kommune, gjelder bestemmelsene i punkt 3.

#### Legesentre/laboratorier/røntgeninstitutter (fellesforetak)

Trygdekontoet hvor sentret/instituttet har sitt kontor.

#### Vikarleger

Trygdekontoet i den kommune hvor vikariatet utøves.

#### Kommunalt organisert legevakt

Trygdekontoet i kommunen som organiserer legevakten.

Ved vaksamarbeid mellom to eller flere kommuner bør oppgjør skje med ett av trygdekontoene, vanligvis i den kommune som har høyest innbyggertall. Gjelder det distriktets faste privatpraktiserende lege, sendes oppgjøret til trygdekontoet i den kommune hvor legen har sitt kontor.

#### Privat sykebesøksvirksomhet

Trygdekontoet i den kommune hvor virksomheten organiseres fra.

#### Øyeblikkelig hjelp fra lege uten refusjonsrett

Trygdekontoet på det sted hvor legen bor. Det må redegjøres for omstendighetene omkring legehjelpen.

### 4.2

Fylkestrygdekontoet kan bestemme at oppgjør skal skje med et annet trygdekonto enn nevnt i nr. 1 i samsvar med fastsatte retningslinjer for fordeling av arbeidsoppgaver mellom trygdekontoene, eller dersom andre spesielle grunner tilsier det.



## 5 OPPGJØRSORDNING

### 5.1

Legen skal skrive regning på blankett fastsatt av Rikstrygdeverket. Edb-baserte regninger levert på diskett skal utformes i samsvar med filformat fastsatt av Rikstrygdeverket. Regning for utført legehjelp skal alltid vise hele det beløp pasienten har betalt legen i honorar, dvs. som egenandel, tilleggshonorar og som vederlag for medisiner og bandasjemateriell benyttet under behandlingen. Sistnevnte utgifter skal skrives på regningsblanketten i feltet "Kvittering for pasienten".

### 5.2

Samleregning vedlagt diskett eller enkeltregninger for konsultasjoner ordnet alfabetisk og for sykebesøk ordnet etter dato, skal sendes trygdekontoret en gang i måneden, senest førstkommande måned etter behandlingsdagen. For legevakt skal det leveres særskilt oppgjør ordnet på samme måte. Legeregninger som er blitt returnert for oppretting eller nærmere forklaring, legges for seg i egen bunke, jf. punkt 5.3.

### 5.3

Trygdekontoret skal foreta oppgjør med legen snarest og senest 14 dager etter at regningen er mottatt. For edb-baserte regninger levert på diskett skal oppgjør foretas innen en uke. Oppgjør skal skje over post- eller bankgiro. For vikarleger gjelder fristen i punkt 5.4.

Enkeltregninger som ikke er korrekt utfylt eller som trygdekontoret mener er feil, returneres til legen for oppretting eller nærmere forklaring. Dette må ikke medføre forsinkelse i oppgjøret for de øvrige regningene. Heller ikke tvist mellom trygdekontoret og legen må føre til forsinkelse av de månedlige oppgjør.

Dersom flere leger arbeider sammen, kan det sendes samlet regning til trygdekontoret. Hver lege må likevel levere egen samleregning med underbilag for sine pasienter. Dersom det blir sendt en felles samleregning, skal det ligge ved en navneliste med angivelse av den enkeltes krav.

### 5.4

For vikarlege som avslutter vikariatet og skal forlate kommunen kan trygdekontoret utbetale et forskudd innenfor fristen fastsatt i punkt 5.3. Endelig oppgjør foretas etter gjennomført kontroll av regningene og senest innen to måneder.





## 6 FOREDELSE

Krav mot trygden i henhold til denne avtalen må fremmes innen seks måneder regnet fra utgangen av den måned hvor behandlingen fant sted. Krav fremsatt etter dette tidspunkt kan ikke gjøres gjeldende mot trygdekontoet, jf. folketrygdloven § 22-14.

Krav mot legen om tilbakebetaling av for meget utbetalt refusjon foreldes etter foreldelseslovens regler, jf. lov om foreldelse av fordringer §§ 2 og 3.

## 7 TVIST OG TILBAKEBETALING

### 7.1

Ved uenighet mellom lege og trygdekonto kan så vel trygdekontoet som legen bringe tvisten inn for fylkestygdekontoet.

Før avgjørelse treffes, skal fylkestygdekontoet innhente en vurdering med tilråding fra Praksisutvalget for allmennleger eller fra Praksisutvalget for spesialister. Tvist i forbindelse med oppgjør for kommunalt organisert legevakt forelegges Praksisutvalget for allmennleger.

Fylkestygdekontoet kan alt etter sakens alvorlighetsgrad

- tildele legen advarsel og pålegg om endret takstbruk,
- kreve tilbake for meget utbetalt honorar,
- utelukke legen fra avtalen, jf. punkt 9.

En lege, som har fått utbetalt mer refusjon enn det som følger av Refusjonstariffen, plikter å betale dette tilbake med de begrensninger som følger av foreldelseslovens regler. Det samme gjelder dersom han har benyttet takster for utført undersøkelse eller behandling i et slikt omfang at bruken er i strid med legeloven § 29, jf. folketrygdloven § 5-1 og 5-4 og legen visste eller burde forstått dette.

Legen plikter likevel ikke å betale tilbake dersom han har anvendt takstbestemmelsene på en uriktig måte som følge av feilinformasjon fra trygdekontoet. At legen ved tidligere oppgjør har fått utbetalt refusjon basert på en slik uriktig takstforståelse, er ikke å anse som feilinformasjon fra trygdekontoet.

Legen plikter heller ikke å betale tilbake dersom trygdekontoet etter en utvidet kontroll av et oppgjør, hvor alle relevante opplysninger er gitt, har funnet legens takstbruk i orden. Dette gjelder likevel ikke dersom legen visste eller burde vite at takstbruken var i strid med Refusjonstariffen eller legeloven.



Er det uklart hvor stort tilbakebetalingsbeløpet er, eller svært tidkrevende å beregne, kan fylkestrygdekontoret fastsette tilbakebetalingsbeløpet på bakgrunn av en gjennomsnittsberegning basert på et representativt utvalg av regninger.

## 7.2

Fylkestrygdekontorets vedtak kan påklages til Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket vil vanligvis ikke foreta en overprøving av Praksisutvalgets medisinske vurdering av takstbruken, men vil kunne forelegge saken for Praksisutvalget til ny vurdering.

## 7.3

Spørsmål om utelukkelse av rett til å praktisere med refusjon fra folketrygden avgjøres av Sosial- og helsedepartementet, jf. folketrygdloven § 25-6.

## 8 OPPLYSNINGSPLIKT

Trygdekontoret og fylkestrygdekontoret har rett til å få de opplysninger av legen som er nødvendig for å kunne påse at avtalen praktiseres i samsvar med dens innhold og øvrige opplysninger av betydning for trygden, jf. folketrygdloven § 21-4. Stikkprøvekontroll av legens regninger kan foretas overfor legens pasienter etter nærmere fastsatte retningslinjer.

## 9 UTELUKKELSE FRA AVTALEN

Dersom legen ikke overholder avtalen, påfører trygden unødige utgifter, jf. § 29 i lov om leger, eller gjør seg skyldig i andre forhold som nevnt i folketrygdloven § 25-6, kan fylkestrygdekontoret utelukke legen fra avtalen om direkte oppgjør med øyeblikkelig virkning.

Fylkestrygdekontorets vedtak kan påklages til Rikstrygdeverket.

## 10 IKRAFTTREDEN, OVERGANGSBESTEMMELSE OG OPPSIGELSE

Avtalen trer i kraft fra 1/1-2002 og erstatter fra samme tidspunkt tidligere inngått avtale mellom partene.

Avtalen kan sies opp av hver av partene med en måneds varsel til den første i påfølgende måned.

Bestemmelsen i punkt 7.1 nest siste ledd får bare virkning for oppgjør for legehjelp som har



funnet sted etter 1. januar 1997.

21.1.2002  
dato

Troms trykkesenter

for Trygdesjef

Tore Dahlberg  
Lege  
Tore Dahlberg  
Avd. Overlege  
Spes. Allmennmedisin  
Longyearbyen Sykehus  
9171 Longyearbyen

# Vedlegg 2

404

## LONGYEARBYEN SYKEHUS 9171 LONGYEARBYEN

Tromsø trygdekontor  
att. V. Rath  
Fredrik Langesgt. 9  
9008 Tromsø

Deres ref.

Vår ref. td

Dato: 21. januar 2002

### AVTALE OM DIREKTE OPPGJØR FOR GODTGJØRELSE AV UTGIFTER TIL POLIKLINISK UNDERSØKELSE OG BEHANDLING

Fra 1. jan. 2002 ble Longyearbyen sykehus (LS) innlemmet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Det innebærer at LS omfattes av samme lover, regelverk og hjemler som sykehus i samme Helseforetak.

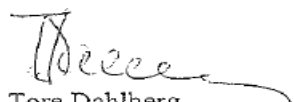
I Stiftelsesprotokoll for Universitetssykehuset Nord-Norge HF står det bl.a.:


"Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal blant annet levere planlagte og aktuelle spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge innen rammen av Helse Nord RHF's bestemmelser. UNN skal gjennom Longyearbyen sykehus levere tilfredsstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard".

En forutsetning for anvendelse av normaltariiffen for fysikalsk behandling, er at Longyearbyen sykehus arbeider på RiTø sine avtaler med trygdekontoret for fysikalsk behandling.

I tråd med de intensjoner som ligger i avtalen innen helseforetaket UNN hvor Longyearbyen sykehus er innlemmet, kan LS anvende de avtaler og bestemmelser som gjelder helseforetaket for øvrig, og som tjener driften og befolkningen på beste måte.

Undertegnede mener at Longyearbyen sykehus kan anvende avtale som gjelder oppgjør for all legehjelp som pliktes godtgjort av folketrygden etter "Forskrifter om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt" i medhold av folketrygdloven § 5-4.

  
Tore Dahlberg  
Avdelingsoverlege  
Longyearbyen sykehus

  
Knut Schrøder  
Direktør  
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Postadresse:	Telefon:	Telefax:	E-post:	Org.nr.:
9171 Longyearbyen	79 02 42 00	79 02 12 19	Tore.Dahlberg@intramed.rito.no	974762080

# Vedlegg 3

## LONGYEARBYEN SYKEHUS 9171 LONGYEARBYEN

Tromsø Trygdekontor  
Fr. Langesgate 9  
9008 Tromsø

Deres ref.

Vår ref.

Dato: 21. januar 2002

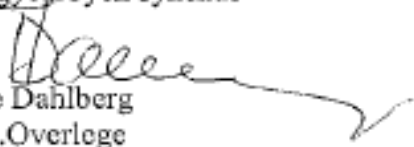
### VEDLEGG TIL "OPPLYSNING TIL BRUK FOR TRYGDEKONTORET"

Longyearbyen sykehus har 3 faste leger, 2 leger som er spesialist i allmennmedisin og en lege som er spesialist i generell kirurgi. Poliklinisk virksomhet eller allmennmedisin virksomhet er likt fordelt mellom legene. De går på døgnvakt og har fra kl. 16.00 – 08.30 neste morgen kontinuerlig vakt, det vi kaller legevakt. I helgene går en lege kontinuerlig vakt fra fredag morgen kl. 08.30 til mandag morgen kl. 08.30 og anvender da legevaktstariffen.

Bedriftshelsetjenestedelen kommer utenom allmennhelsetjenesten og inngår ikke i normaltariffen.

På allmennmedisinske konsultasjoner anvender alle leger normaltariff for allmennpraksis. Kirurgen anvender spesialisttariff for de kirurgiske inngrep og operasjoner.

Med vennlig hilsen  
Longyearbyen sykehus

  
Tore Dahlberg  
Avd.Overlege